

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N° 504

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger HENRION

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 18 août 1927 à Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} juin 1961

**Indications actuelles
des résections ovariennes
au cours des différentes interventions
gynécologiques**

A PROPOS DE 119 CAS

Président : M. VARANGOT, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : HENRION

Prénom : ROGER

Date de soutenance : 1^{er} juin 1961

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

HENRION (ROGER) — Indications actuelles des résections ovariennes au cours des différentes interventions gynécologiques. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1961, in-8°, 239 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

HENRION (ROGER) — Indications actuelles des résections ovariennes au cours des différentes interventions gynécologiques. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1961, in-8°, 239 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

HENRION (ROGER) — Indications actuelles des résections ovariennes au cours des différentes interventions gynécologiques. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1961, in-8°, 239 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

HENRION (ROGER) — Indications actuelles des résections ovariennes au cours des différentes interventions gynécologiques. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1961, in-8°, 239 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger HENRION

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 18 août 1927 à Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} juin 1961

**Indications actuelles
des résections ovariennes
au cours des différentes interventions
gynécologiques**

A PROPOS DE 119 CAS

Président : M. VARANGOT, Professeur



IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
» » (Prof. à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof. à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Beaujon	SICARD (A.)
Cochin	N...
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales	PITIÉ
Saint-Antoine	CORDIER (G.)
Salpêtrière	GOSSET (J.)
Tenon	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	MATHEY (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	DECOURT (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	LAMY (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MARCHAL (G.)
Boucicaut	N...
Broussais	LENÈGRE (J.)
Cochin	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)

MM.

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DE GENNES (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
» Baudelocque	MÉRGER (R.)
» Foch (Suresnes)	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	MICHAUX (L.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	N...
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	N...
Clinique urologique (Cochin)	GIROUD (A.)
Embryologie	TUICHMANN-DUPLESSIS (H.)
» (Prof. à titre personnel)	DE SÈZE (S.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	VERNE (J.)
Histologie	TURPIN (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	JOANNON (P.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
» » (Prof. à titre personnel)	DESOILLE (H.)
Médecine du Travail	PIÉDELIEUX (R.)
Médecine légale	FASQUELLE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	GALLIARD (H.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
» (Prof. à titre personnel)	COUVELAIRE (R.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
» » (Prof. à titre personnel)	LAVIER (G.)
Pathologie exotique	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie expérimentale et comparée	MILLIEZ (P.)
Pathologie médicale	TURIAF (F.)
Pathologie respiratoire	BOUDIN (G.)
Pathologie et thérapeutique générales	CHEYMOL (J.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
» (Prof. à titre personnel)	BINET (L.)
Physiologie	BARGETON (D.)
» (Prof. à titre personnel)	PARROT (J.)
» (Prof. à titre personnel)	LEPAGE (F.)
Physiologie et pathologie obstétricale	DOGNON (A.)
Physique médicale	DJOURNO (A.)
» » (Prof. à titre personnel)	DESGREZ (H.)
Radiologie médicale	LÉGER (L.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CONTE (M.)
Thérapeutique	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE. PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.)	Anatomie	BUSSER (F.)
	COUINAUD (C.)	pathologique	GUYGOU (Ch.)
	OLIVIER (G.)		ORCEL (L.)
Anatomie	GAUTHIER-VILLARS		PAILLAS (J.)
pathologique	(Mlle P.) pr. s. ch.	Anesthésiologie	VOURC'H (G.)

MM.

Bactériologie . . .	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i>
Biologie appl. à l'Educat. phys. et aux Sports . .	{ PLAS (F.)
Carcinologie . . .	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie . .	{ DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie . . .	{ LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie . . .	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	{ COUJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie . . .	{ CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . . .	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail . . .	{ ALBAHARY (C.)
Neurologie . . .	{ LHERMITTE (F.)
	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.)
Obstétrique . . .	{ MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie . .	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie . . .	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino- laryngologie . .	{ DEBAIN (J.)
Parasitologie . .	{ CHABAUD (A.)
	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.)
Pathologie chirurgicale . . .	{

MM.

Pathologie chirurgicale . . .	{ LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	{ SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . .	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.)
	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) <i>pr. s. ch.</i> ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pathologie médicale	{
Pédiatrie- Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie . .	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie . . .	{ DEJOURS (P.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i> <i>pr. s. ch.</i> KELLERSHOHN
Pneumo- Phtisiologie . . .	{ KREIS (B.)
Psychiatrie . . .	{ PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	{ DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . .	{ DELBARRE (F.)
Stomatologie . . .	{ CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) <i>m. conf. agr.</i> GRELLET (M.)
Thérapeutique . .	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	{ QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

Anatomie DEBEYRE

Clinique
chirurgicale $\left\{ \begin{array}{l} \text{ABOULKER (P.)} \\ \text{AMELINE (A.) } pr. s. ch. \\ \text{HUGUIER (J.)} \\ \text{OLIVIER (C.)} \\ \text{PADOVANI (P.)} \\ \text{POILLEUX (F.)} \\ \text{ROUX (M.)} \\ \text{VERNE (J.-M.)} \end{array} \right.$

Clinique
médicale $\left\{ \begin{array}{l} \text{DOMART (A.)} \\ \text{PERRAULT (M.)} \\ \text{RAMBERT (P.)} \\ \text{THIEFFRY (S.)} \end{array} \right.$

MM.

Clinique
obstétricale $\left\{ \begin{array}{l} \text{GRASSET (J.)} \\ \text{MAYER (M.)} \\ \text{RAVINA (J.)} \end{array} \right.$

Clinique
ophtalmologique $\left\{ \begin{array}{l} \text{DESIGNES (P.)} \\ \text{OFFRET (G.)} \end{array} \right.$

Clinique O.R.L. MADURO (R.)

Clin. pédiatrique
et puériculture LAPLANE (R.)

Clinique
psychiatrique . BARUK (H.)

Clinique
urologique . . . KUSS (R.)

Médecine légale GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie HAUDUROY (P.) *prof. sans chaire*
Pathologie chirurgicale RUDLER (J.) *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)
Secrétaires $\left\{ \begin{array}{l} \text{Mme BEURLAND (H.),} \\ \text{Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)} \end{array} \right.$

Conservateur en Chef M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires $\left\{ \begin{array}{l} \text{Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),} \\ \text{Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.),} \\ \text{QUIÉVREUX (E.)} \end{array} \right.$

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

ET

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

ET

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. VARANGOT

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale (Port-Royal)

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Maître de Recherches au C.N.R.S.

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*En un remarquable enseignement, il nous
a initié à l'endocrinologie gynécologique.*

*Il nous a enrichi par son érudition et sa
culture raffinée.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre reconnaissance, de notre admira-
tion et de notre respect.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. GRANJON

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé dans son élaboration.*

*Pendant toutes nos années d'Internat, il
nous a conseillé, aidé, encouragé, avec une
sollicitude constante.*

*Qu'il veuille bien trouver ici la marque
de notre fidélité et l'expression de notre
affection reconnaissante et très respectueuse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. ECALLE

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Qui a dirigé avec bonté nos débuts d'obstétricien.

En hommage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. SÉGUY

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Qui a su, par la valeur de son enseignement, orienter vers la gynécologie notre formation professionnelle.

En hommage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEPAGE

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a accueilli dans son Service
avec une très grande bienveillance.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de nos remerciements sincères et de notre
respectueuse et profonde admiration envers
le professeur et envers l'homme.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. HUGUIER

Professeur de Pathologie Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

*A qui nous sommes redevables de notre
formation chirurgicale.*

*Il nous a aidé avec une patience inépuisable et nous a montré ce que devait être
l'acte chirurgical parfaitement exécuté.*

Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude et de notre respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. DUFOUR

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Directeur Scientifique de l'Amphithéâtre d'Anatomie
des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a initié avec sollicitude et dynamisme à la délicate science de l'urologie.
Qu'il en soit respectueusement remercié.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-P. CALVET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

*Qui parfait notre éducation chirurgicale.
Il nous enseigne, nous dirige et nous aide
avec beaucoup de gentillesse et de sûreté.
Qu'il en soit respectueusement remercié.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR B. JAMAIN

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris
Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

*Ses conseils avertis nous ont permis de
devenir Interne.*

Il nous a appris la pratique obstétricale.

*En témoignage de sincère et respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. THOYER-ROZAT

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*L'hospitalité cordiale qu'il nous a offerte
dans son Service à notre retour des armées
et qu'il veut bien continuer à nous offrir
nous attache profondément à lui.*

*En témoignage de sincère et respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. HERVET

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*Qui a bien voulu nous honorer de sa
sympathie et nous prodiguer des conseils
toujours éclairés.*

*En témoignage de sincère et respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. SÈNÈZE

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a donné à maintes reprises la
preuve de son amitié.*

Qu'il en soit très sincèrement remercié.

A TOUS CEUX QUI NOUS ONT INSTRUIT
ET GUIDÉ AU COURS DE NOTRE INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR G. CERBONNET

Chirurgien-Assistant des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR R. HERVÉ

Gynécologue-Accoucheur-Assistant des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR P. FELLUS

Chirurgien-Assistant des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR M. CHARTIER

Gynécologue-Accoucheur-Assistant des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR C. SUREAU

Gynécologue-Accoucheur-Assistant des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR L. LEMERRE

Ancien Chef de Clinique Gynécologique à la Faculté

A MESSIEURS LES DOCTEURS
G. THELLIER, P. VERLIAC et S. YANNOTTI

En témoignage de notre reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE EN EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR G. TARDIEU

Médecin des Hôpitaux de Paris

En témoignage de respectueuse reconnaissance.

AU MÉDECIN COLONEL J.-F. GROS

AU MÉDECIN COMMANDANT P. PARVAIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR CANDILLE

*En témoignage de respectueuse gratitude
pour l'accueil chaleureux que nous avons
reçu dans leurs Services.*

INTRODUCTION

RAPPEL HISTORIQUE

L'ovaire devait :

- à sa *sensibilité douloureuse* à un toucher vaginal un peu appuyé ;
- à son *siège intra-pelvien* d'abord facile au cours de toute cœliotomie basse ou sous-ombilicale ;
- à son *potentiel évolutif* lui donnant souvent une surface bosselée ;

d'être la victime de nombreuses agressions chirurgicales mutilatrices.

Jean-Louis FAURE, qui avait peu de goût pour la chirurgie conservatrice, écrivait, dans son *Traité de Gynécologie*, en 1928 :

« Il est souvent bien difficile, à l'examen d'un organe aussi variable, aussi polymorphe que l'ovaire qui possède à la fois des kystes normaux, des vésicules de de Graaf en évolution, et très souvent des kystes pathologiques, de faire le départ entre les uns et les autres, entre l'ovaire sain et l'ovaire malade.

« En cas de doute, les ovaires douloureux doivent être sacrifiés, telle est au moins la règle de conduite que nous nous sommes imposée. »

Cette attitude, jointe, à cette époque :

- à la méconnaissance de la physiologie hormonale ;
- à la fréquence des lésions infectieuses salpingo-ovariennes ;
- à la nécessité d'opérer vite dans des conditions d'anesthésie assez précaires ;

a conduit à un grand nombre de castrations inutiles.

La chirurgie ovarienne *conservatrice*, bien qu'encore discutée, eut pourtant, de longue date, d'ardents défenseurs, non pas seulement la simple conservation des ovaires après hystérectomie, mais aussi la chirurgie plastique et réparatrice à visée fonctionnelle : SCHROEDER et MARTIN, en Allemagne ; DUDLEY et KELLY, aux Etats-Unis ; POZZI,

DELBET, TUFFIER et LEGUEU, et, plus récemment, COTTE, MOCQUOT et PALMER, en France.

Plusieurs interventions ont été successivement proposées. Elles s'adressent toutes aux lésions bénignes, d'ordre dystrophique, hormonal ou inflammatoire.

1° Les unes sont classiques :

- L'ÉNUCLÉATION DES KYSTES FONCTIONNELS, kystes folliculaires ou kystes lutéiniques, a donné dans de nombreuses mains, et donne encore, dans certaines circonstances, d'heureux résultats (COTTE, 1949).

- LA RÉSECTION OVARIENNE PARTIELLE, fort employée au début du siècle dans les cas de *métrorragies*, puis presque délaissée, a connu un grand renouveau depuis 1935, date à laquelle STEIN et LEVENTHAL publièrent 8 cas d'*aménorrhée guéris* par cette intervention. Depuis, les publications se sont succédées, tant dans les pays anglosaxons et germaniques que français. Les dernières études en sont :

— la thèse de Mme TCHOBROUTSKY (1959);

— les publications de PHILIPP et STANGE (1957), de ROMAN et HEURTIN (1959), de VIGNALOU, JAMAIN, PLOUIN et LETESSIER (1960), de ROUCHY (1960), de BOINET, MARTY et ISIDORE (1960), de EVANS et RILEY (1960).

- Quant à l'IGNIPUNCTURE, naguère défendue par POZZI et par Pierre DELBET, elle n'est plus guère utilisée.

On lui reproche de favoriser les hémorragies post-opératoires et les adhérences.

Nous pensons surtout qu'elle peut créer des zones de sclérose dans un ovaire déjà malade.

Superficielle, elle est inutile et mieux vaut ponctionner les follicules de petite taille, ce qui permet l'analyse chimique du liquide kystique ; profonde, elle est dangereuse.

2° Les autres sont d'apparition plus récente :

- LA DÉCORTICATION de l'ovaire, ou ablation d'une partie de la coque ovarienne, a été préconisée par REYCRAFT en 1938, puis en 1949. Elle est faite seule ou associée à la résection ovarienne partielle.

MIROUZE et collaborateurs (1959) la considèrent comme une intervention plus logique et plus efficace que la résection partielle.

ROUCHY (1960), plus éclectique, rapporte sur 7 interventions conservatrices ovariennes à visée fonctionnelle :

- 3 résections cunéiformes ;
- 3 décortications ;
- 1 résection associée à une décortication.

- L'EXTROVERSION de l'ovaire, décrite par BAILEY en 1937, donne toute satisfaction à cet auteur, qui en a publié 63 cas en 1959.

Ce type d'intervention n'a pas connu la large diffusion de la résection ovarienne partielle. Les risques de stérilité par adhérences secondaires font que, seuls, semble-t-il, BAILEY (1937, 1946, 1959) et les auteurs anglais lui restent attachés.

3° La dernière intervention décrite, la plus nouvelle aussi dans sa conception, est l'ABLATION DE LA PARTIE MÉDULLAIRE DE L'OVAIRE.

C'est BOTELLA LLUSIA qui a imaginé cette intervention en 1956, sous le nom de « *démédullation* de l'ovaire ».

ALLEN, en 1959, en a publié 22 cas sous le nom de « *médullectomies* ».

BOTELLA LLUSIA, après incision de la capsule et du cortex, électrocoagule tout le tissu médullaire, tandis qu'ALLEN le résèque au bistouri.

* *

Ce travail ne concerne que les résections ovariennes partielles et porte sur 119 cas réunis, opérés et suivis par le même gynécologue, notre Maître le Professeur Agrégé GRANJON, de l'année 1949 à l'année 1960.

1° *Les indications* de ces résections ovariennes étaient :

- Dans l'immense majorité des cas, *des troubles chroniques* :
 - soit des *troubles des règles* : aménorrhées ou spanioménorrhées ; ménorragies, métrorragies ou méno-métrorragies ;
 - soit des *douleurs pelviennes* ;
 - soit une *stérilité* primaire ou secondaire ;
 - souvent, l'*association* de deux ou trois de ces signes.
- Très rarement, la constatation d'une masse ovarienne kystique.

- Exceptionnellement, un état abdominal aigu, dû à la rupture d'un kyste fonctionnel, spontanée ou provoquée par l'examen.

2° La résection ovarienne partielle a été l'*indication précise* de l'intervention et *un acte chirurgical isolé* dans 23 cas.

- Syndrome de Stein-Leventhal ou syndrome anovulatoire de l'ovaire polykystique (VARANGOT, in *Thèse TCHOBROUTSKY*) : 5 cas.
- Méno-métrorragies de la jeune fille : 3 cas.
- Kystes « fonctionnels » de l'ovaire : 15 cas.
Elle a été l'*acte chirurgical prépondérant* dans 29 cas.
- Endométriose ovarienne.
Elle n'a été qu'un *geste chirurgical associé* à d'autres gestes chirurgicaux dans 67 cas.
- Cures de rétroversions : 38 cas.
- Myomectomies ou rarement hystérectomies pour fibromes : 12 cas.
- Salpingectomies ou interventions plastiques sur les trompes : 17 cas.

3° Souvent, d'ailleurs, l'acte chirurgical a comporté *plusieurs temps* associés ou successifs.

- Il n'est pas rare de découvrir chez certaines femmes l'association d'un fibrome, d'une rétroversion, d'un hydrosalpinx et d'une dystrophie ovarienne (*obs. n° 102*).
- La même femme a pu subir, successivement, deux interventions pour des indications différentes (*obs. n° 23*).

On ne s'étonnera donc pas de trouver à plusieurs reprises les mêmes observations citées dans les différents chapitres que nous avons été obligés de créer schématiquement. Le total donne un chiffre supérieur au nombre réel : 119 cas.

PLAN

Nous étudierons successivement :

Chapitre I : LA TECHNIQUE

Chapitre II : LES EXAMENS PRÉ-OPÉRATOIRES

Chapitre III : L'ANALYSE DES OBSERVATIONS réparties en sept chapitres :

1° Spanioménorrhées ou aménorrhées secondaires du type Stein-Leventhal

2° Méno-métrorragies de la jeune fille

3° Kystes « fonctionnels » de l'ovaire

4° Endométriose ovarienne

5° Rétroversions utérines

6° Fibromes

7° Salpingo-ovarites

Dans chacun d'eux, nous exposerons :

— les indications

— nos résultats

A la fin de chacun d'eux, nous discuterons les observations qui rappellent par la clinique, l'aspect des ovaires, le résultat de l'intervention, parfois même l'histologie, le syndrome de Stein-Leventhal

Chapitre IV : LES COMPLICATIONS

Chapitre V : LE RÉSULTAT D'ENSEMBLE de la chirurgie plastique et réparatrice

Chapitre VI : L'INTÉRÊT DIAGNOSTIQUE de la résection ovarienne

CHAPITRE I

TECHNIQUE

Il ne nous paraît pas inutile de rappeler, avant d'aborder le problème chirurgical, l'intérêt de cette chirurgie fonctionnelle qui vise :

- à conserver ou à rétablir la *fonction de reproduction* ;
- à conserver ou à régulariser la *fonction menstruelle* ;
- à préserver enfin la *fonction hormonale* de l'ovaire dont on sait l'importance dans le maintien d'un équilibre endocrinien normal.

A cette chirurgie conservatrice, s'adaptent diverses techniques suivant :

- le motif de l'intervention ;
- le type de lésions rencontrées au cours de cette intervention.

On tiendra compte des facteurs habituellement envisagés au cours de la chirurgie gynécologique :

- âge de la malade, sa parité ;
- la nature de la maladie et des symptômes fonctionnels observés ;
- les vœux exprimés par la malade en fonction de ses antécédents (stérilité, aménorrhée, hémorragies, douleurs).

I. — INTERVENTIONS SUR DES OVAIRES NON ADHÉRENTS

POUR UNE DYSTROPHIE OVARIENNE ISOLÉE
ENTRAINANT UN SYNDROME FONCTIONNEL

Ce sera la résection ovarienne partielle classique.

Cette résection ovarienne partielle a varié dans sa technique suivant les chirurgiens :

- dans son *étendue en largeur* et surtout en *profondeur* ;
- dans son mode d'exécution ;
- dans le mode de réfection de l'ovaire restant.

Certains, dans le simple but de libérer des follicules inclus et gênés dans leur évolution, font une résection en surface qui s'apparente plus à la résection d'une albuginée scléreuse qu'à une véritable résection ovarienne.

WALTER, par contre, préconisait une résection généreuse ne laissant qu'une mince bande de tissu ovarien juxta-hilaire.

MOCQUOT conseillait d'inciser l'ovaire d'un pôle à l'autre, au bistouri électrique, coupant et coagulant.

STEIN et LEVENTHAL (1929, puis 1935) ont proposé une large résection cunéiforme en quartier d'orange, au bistouri, intéressant les *deux tiers de l'ovaire*.

Il est probable que chacun de nous applique un « procédé personnel » très voisin d'autres « procédés personnels » (AMELINE).

L'intervention, telle que nous la concevons, se déroule ainsi :

1° *L'incision*

C'est l'incision de Pfannenstiel.

- L'incision médiane sus-pubienne est le plus souvent inutile.
- L'incision de Mac Burney agrandie (GRIDIRON, Jean GOSSET) est à déconseiller.

Cette lucarne pariétale latérale ne donne qu'un jour insuffisant sur un ovaire, l'ovaire droit, et il est absolument illogique de traiter un ovaire sans connaître l'état de l'ovaire opposé.

2° L'exploration

L'exploration est un temps fondamental.

Il faut regarder *tout* le petit bassin et prendre connaissance de l'état :

• DES OVAIRES

- *situation* (normalement dans la fossette ovarienne);
- *dimensions*, mesurées avec le pied à coulisse ;
- *aspect* : coloration (gris rosé), surface (plus ou moins bosselée), consistance (ferme et rénitente).

Rappelons qu'il est admis qu'un ovaire normal mesure 3 à 4 cm de longueur, 2 cm de largeur, 1 à 2 cm d'épaisseur, et qu'il ne doit pas contenir plus d'un follicule de de Graaf de diamètre supérieur à 5 mm.

On peut considérer que les ovaires sont augmentés de volume lorsque leurs dimensions égalent ou dépassent $5 \times 4 \times 4$ cm en l'absence de corps jaune ou de kyste volumineux unique — chiffres d'ailleurs arbitraires (VARANGOT, in *Thèse TCHOBROUTSKY*).

On doit se souvenir, d'autre part :

- que l'aspect de l'ovaire *varie au cours du cycle* et ne sera pas le même suivant la date de l'intervention par rapport aux règles ;
- que l'ovaire ne réagit pas seulement au niveau du follicule, mais *dans son ensemble* (GRANJON).

• DE L'UTÉRUS

- situation, volume, aspect.

• DES TROMPES et des LIGAMENTS LARGES, UTÉRO-SACRÉS et RONDS.

• DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS

- profondeur, présence de nodosités, de liquide séro-sanguinolent.

• DES PÉDICULES LOMBO-OVARIENS et UTÉRO-OVARIENS.

Le bilan opératoire réserve souvent des *surprises* par rapport à l'examen clinique et même aux constatations de la coelioscopie.

3° *Les examens per-opératoires pour analyses biologiques*

- PONCTION DES KYSTES FOLLICULAIRES pour examen chimique du liquide :
 - *Dosage des œstrogènes* (mesure globale et proportion respective de l'œstrone, l'œstradiol et l'œstriol), dosage des 17-cétostéroïdes (GRANJON, YANNOTTI, CÉDARD, 1958).
- PRÉLÈVEMENT DU SANG DE LA VEINE OVARIENNE :
 - *Dosages des 17-cétostéroïdes* plasmatiques, comparés aux dosages des 17-cétostéroïdes plasmatiques du sang veineux périphérique (VARANGOT, Mme TCHOBROUTSKY, 1959).
 - *Dosages des œstrogènes sanguins*, comparés aux dosages des œstrogènes sanguins du sang veineux périphérique (VARANGOT, CÉDARD, 1959).

4° *L'intervention sur l'ovaire proprement dite*

Elle comprend :

- L'EXTIRPATION d'un kyste fonctionnel quand il y a lieu.

L'ovaire est saisi entre le pouce et l'index.
L'incision est faite au bistouri, sur la corticale ovarienne tapissant la base du kyste.
Le kyste est énucléé aux ciseaux mousses, suivant son plan de clivage.
L'ovaire est suturé en deux plans.
- LA RÉSECTION OVARIENNE

L'ovaire est tenu entre l'index et le médius de la main gauche.
Une *résection en quartier d'orange* est faite au bistouri :
 - les deux cornes du croissant s'arrêtent à quelques millimètres des pôles interne et externe de l'ovaire ;
 - les deux branches du croissant, au niveau de la corticalité, peuvent être distantes, suivant la taille de l'ovaire, de 1, 2 ou 3 centimètres ;
 - la lame taillant successivement les deux bords du croissant pénètre obliquement dans le parenchyme de façon à réaliser une résection cunéiforme intéressant *corticale* et *médullaire*.

Il n'y a pas intérêt à pénétrer trop profondément près du hile si on veut éviter les hémorragies au cours de l'intervention et surtout les hématomes secondaires.

Il faut, par contre, *réséquer un fragment important* (au moins 1/3 de l'ovaire) si on veut éviter les échecs.

L'hémostase est assurée par deux plans à l'aiguille montée :

- quelques points en U, au catgut 0 ou 00, capitonnet l'épaisseur du parenchyme ovarien ;
- un surjet ou des points séparés simples au catgut chromé 0 affrontent la tranche de section.

5° *Après l'intervention*

Le fragment d'ovaire sera examiné par un *anatomo-pathologiste*.

- Quand on donne à un anatomo-pathologiste une tumeur ovarienne, on obtient des réponses précises : tumeur de la granulosa, tumeur de la thèque, par exemple.
- Quand on donne un fragment d'ovaire dit « micropolykystique », on n'obtient aucune réponse précise ou une réponse de ce type :
 - quelques follicules primordiaux ;
 - corticale à stroma dense ;
 - rares follicules atrétiques.

On voudrait savoir *la valeur fonctionnelle de cet ovaire* :

- le nombre des follicules primordiaux ;
- la qualité des follicules en évolution ;
- les caractères de la thèque ;
- l'état du stroma ;
- l'état de la vascularisation.

Il faudrait une étude histologique poussée, *histochimique* et surtout *histométrique*, mais celle-ci est pratiquement irréalisable.

L'examen anatomo-pathologique montre parfois pourtant le caractère franchement *défavorable* du parenchyme ovarien, atrophique et scléreux. Il décèle aussi l'existence d'une *endométriase*, de petits *kystes dermoïdes* ou *muqueux* qui peuvent expliquer certains troubles fonctionnels.

II. — INTERVENTION SUR DES OVAIRES PLUS OU MOINS ADHÉRENTS

POUR UNE DYSTROPHIE OVARIENNE
ASSOCIÉE A D'AUTRES AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES

1° *Libération de l'ovaire*

Il n'est pas rare, lorsqu'il existe des lésions anciennes de salpingo-ovarite, des foyers d'endométriose ovarienne, de constater au cours de la libération d'ovaires adhérents une rupture d'un kyste séreux ou hématique, une déchirure de la corticale ovarienne ; il faut réséquer les zones malades en ménageant la portion saine juxta-hilaire et suturer le fragment restant ayant conservé ses connexions vasculaires.

Le décollement d'ovaires très adhérents à la face postérieure du ligament large, laisse parfois des zones cruentées saignantes, hémorragies en nappes, dont il est nécessaire d'assurer l'hémostase (tamponnement, thrombase) et la péritonisation.

2° *Les interventions associées*

Elles nous paraissent souvent utiles et ne peuvent être décidées qu'après un inventaire complet du pelvis :

- Myomectomies.
- Interventions d'orientation de l'utérus (hystérorrsion).
- Interventions sur le feuillet postérieur du ligament large et sur le Douglas (suture du feuillet postérieur du ligament large, cloisonnement du Douglas, plicature des utéro-sacrés).
- Salpingolysis, salpingostomies.
- Résection du sympathique sacré.

III. — INCIDENTS ET ACCIDENTS

L'hémorragie résume toutes les complications

1° *Elle peut être immédiate*

— Les hémorragies des tranches de section sont faciles à tarir (points en U).

— Les hémorragies hilaires sont d'une hémostase plus délicate. Il est préférable de faire des ligatures appuyées dans ce tissu fragile qui déchire facilement.

— Les lésions vasculaires des gros plexus veineux des mésos doivent être évitées à tous prix, danger d'hématome secondaire ; en cas de lésion accidentelle, il est nécessaire de faire la ligature des deux bouts.

2° *Elle peut être secondaire*

Des hémorragies secondaires d'origine ovarienne ont été signalées dans les suites opératoires des opérations plastiques (défaut d'hémostase).

Elles peuvent aboutir :

- soit à un hémopéritoine nécessitant une réintervention rapide ;
 - soit à une hématoçèle qui peut s'infecter ;
 - soit à une hémorragie intra-ovarienne, gros ovaire d'apparence kystique et douloureux, nécessitant parfois une intervention secondaire.
-

LES EXAMENS PRÉ-OPÉRATOIRES

Avant d'envisager une résection ovarienne chez une jeune fille ou chez une jeune femme, on doit réunir un certain nombre d'éléments cliniques, radiologiques, coéloscopiques et hormonaux, qui seuls donneront le moyen :

- de juger du bien-fondé de l'intervention sur les ovaires ;
- de prévoir en partie le résultat de cette intervention.

I. — EXAMEN CLINIQUE

1° *L'interrogatoire*

Il faudra préciser :

a) Les antécédents familiaux.

b) Les antécédents personnels et en particulier :

- L'existence d'interventions chirurgicales antérieures gynécologiques ou abdominales, d'épisodes infectieux, de douleurs.
- La *date d'apparition* et le *mode d'installation des premières règles*, spontané ou provoqué par une thérapeutique hormonale, ainsi que les caractères de l'établissement du cycle au cours de la première année.
- *Les caractères du cycle menstruel* : sa durée et sa régularité, la durée de l'écoulement, l'abondance et la qualité.

— Certaines femmes viennent consulter pour une *diminution de leurs règles* : hypoménorrhée, oligoménorrhée, spanioménorrhée, aménorrhée. Cette aménorrhée peut être primaire ou secondaire, d'installation brutale ou provoquée.

— Certaines femmes viennent consulter pour des *hémorragies* : polyménorrhée, hyperménorrhée, ménorragies ou métrorragies.

— D'autres consultent pour des *douleurs* lombaires ou pelviennes au moment des règles, au moment de l'ovulation, au moment des rapports ou même tout le temps.

La dysménorrhée sera primaire ou secondaire, précoce ou tardive, parfois progressivement croissante.

— D'autres consultent pour une *stérilité* primaire ou secondaire.

2° L'examen

• L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

a) *Inspection*

- Aspect de la *vulve* atrophique, normal ou hypertrophique.
- Taille du *clitoris*.

b) *Examen au speculum*

- Etat de la muqueuse vaginale.
- Etat du col.
- Examen de la *glaire* cervicale.
- Frottis et test de Schiller.

c) *Toucher vaginal*, on notera successivement :

- L'état de l'*utérus* :
 - sa taille normale ou infantile ;
 - sa position normale ou en rétroposition ;
 - sa mobilité et sa sensibilité.
- L'état des *ovaires* :
 - leur *taille* : ils peuvent être atrophiques, normaux ou augmentés de volume d'un seul côté ou des deux côtés ;
 - leur *consistance* : Ils peuvent être normalement rénitents ou durs et scléreux ;
 - leur *sensibilité* ;
 - leur position latérale ou *postérieure*, prolabée dans le Douglas ;
 - on ne manquera pas d'apprécier les *variations* de taille et de consistance au cours du cycle et au cours des traitements hormonaux s'il y a lieu.
- L'état des *trompes* et la souplesse des *culs-de-sac* latéraux.
- L'état du cul-de-sac de Douglas et des ligaments utéro-sacrés.

• L'EXAMEN GÉNÉRAL

On notera :

- Le *terrain* d'instabilité neuro-végétative (BRICAIRE, LEPRAT).
- Le *poids* par rapport à la taille.
- Les caractères sexuels secondaires et particulièrement les seins et les *réactions mammaires au cours du cycle*.
- La *pilosité*, sa répartition, son abondance.
C'est ainsi que certaines femmes présenteront un simple *hirsutisme*, exagération de la pilosité ne constituant pas un caractère de virilisation (GILBERT-DREYFUS, 1951 ; JAILER, 1953 ; BOTELLE LLUSTIA, 1956).
D'autres présenteront une *pilosité exagérée à distribution masculine*.
- L'existence d'*acnée*.

II. — EXAMEN RADIOLOGIQUE

1° *La radiographie simple*

Elle peut être utile dans certains cas en montrant des calcifications intra-pelviennes d'origine tuberculeuse.

2° *L'hystérosalpingographie* aura :

a) Parfois un intérêt *diagnostique positif* en montrant dans certaines formes hémorragiques une hyperplasie muqueuse.

b) Le plus souvent un intérêt *diagnostique différentiel*, car elle permet de découvrir des lésions qui, *sans éliminer une participation ovarienne*, nécessiteront à elles seules une thérapeutique propre.

On trouvera ainsi :

- à l'origine de certaines aménorrhées primaires des synéchies tuberculeuses et à l'origine de certaines aménorrhées secondaires des synéchies traumatiques ;
- dans quelques formes hémorragiques, un *polype intra-cavitaire* ;
- dans certaines formes douloureuses, l'image d'une *endométriose utérine et tubaire* ;
- dans certaines masses annexielles prises à tort pour de gros ovaires, des *hydrosalpinx*.

- c) Parfois aussi, elle aura un intérêt *pronostique* en montrant :
- dans les aménorrhées, un utérus très petit ;
 - dans les cas de stérilité, une obstruction tubaire uni ou bilatérale.
- d) Très rarement, on pourra faire chez une vierge une colpo-hystérogographie.

3° *La gynécographie*

Elle permettra de voir la taille des ovaires et laissera un *test irréfutable* (STEIN).

Exceptionnellement, on fera une *hystéro-gynécographie*.

EN RÉSUMÉ :

Mise à part la gynécographie, l'intérêt de l'examen radiologique sera surtout d'éliminer les autres causes de stérilité ou de troubles du cycle.

Bien supérieurs seront les renseignements fournis par la cœlioscopie.

III. — LA CÆLIOSCOPIE

Elle permet d'apprécier :

- la taille des ovaires ;
- leur aspect : coque, surface, couleur.

Elle peut avoir :

- a) Un intérêt *diagnostique*, en montrant chez certaines femmes qui se plaignent de douleurs pelviennes des nodules d'endométriose.
- b) Un intérêt *pronostique*, en montrant chez les femmes stériles :
- la morphologie des *trompes* et de leurs pavillons, l'existence d'une péri-ovarite récente ou ancienne ;
 - la valeur des ovaires parfois petits et scléreux, ne laissant que peu d'espoir ou, au contraire, déformés par la présence de corps jaunes.

Les aspects anormaux de l'ovaire rencontrés au cours des cœlioscopies ont été décrits par PALMER.

Schématiquement, on peut voir :

a) Des lésions dystrophiques *polykystiques* :

- soit ovaire polymicrokystique, nettement plus gros qu'un ovaire normal et bosselé par de nombreux kystes folliculaires ;
- soit ovaire œdémato-kystique, très augmenté de volume, avec un aspect gélatineux, opalin, de sa surface dans les zones non kystiques.

b) Des lésions dystrophiques *monokystiques* :

- soit ovaire monokystique à contenu translucide ou hémattique ;
- soit corps jaune hémorragique à répétition.

c) Des lésions d'*endométri*ose ovarienne.

d) Les *deux gros ovaires*, lisses, globuleux, blancs ou grisâtres, à coque épaisse, sans follicule visible, que l'on décrit comme caractéristiques du syndrome de Stein-Leventhal.

La *coeliophotographie* au flash électronique constitue un complément indispensable au compte rendu de l'opérateur. Elle permet de conserver un document photographique (THOYER-ROZAT, 1960).

IV. — BILAN HORMONAL

Ce bilan comprend :

- 1° L'étude des récepteurs.
- 2° Les dosages hormonaux (bilan hormonal statique).
- 3° Les épreuves fonctionnelles (bilan hormonal dynamique).

Il permet d'explorer :

- la fonction lutéale et œstrogénique de l'ovaire ;
- sa participation dans l'étiologie d'un virilisme ou d'une hyperandrogénie.

A) ÉTUDE DES RÉCEPTEURS

1° *La courbe thermique*

- Elle sera normale, biphasique ;
- ou anormale, monophasique ;

témoignant de la présence ou de l'absence d'un corps jaune.

2° *L'état de la glaire cervicale*

Abondance, transparence et filance, renseignent sur l'imprégnation œstrogénique.

Sa disparition au cours du cycle menstruel traduit l'existence d'un corps jaune.

Sa *cristallisation* est un test sensible de l'activité folliculinique, mais ne peut être considérée comme un test absolu d'ovulation.

On pourra compléter cet examen par l'étude de la glaire *provoquée par les œstrogènes* (injection de 2 mg ou de 5 à 10 mg — réaction en 24 heures).

3° *L'étude des frottis vaginaux*

Répétée sur toute la durée du cycle, elle permet :

- de suivre l'indice éosinophilique et l'indice caryo-pycnotique ;
- de noter la présence de cellules intermédiaires, de *cellules basales*, de *cellules dites androgènes*.

Ces frottis pourront être :

a) Hyperœstrogéniques — ce qui est rare.

b) Hypoœstrogéniques, avec présence de cellules basales.

c) Androgéniques, caractérisés par l'absence complète de cellules superficielles, l'hypochromatisme cytoplasmique et nucléaire, la rareté ou même l'absence des leucocytes, la très forte réaction glycogénique.

On pourra juger de la présence ou non d'un cycle, d'une ébauche de cycle.

4° *La biopsie d'endomètre*

Elle n'a de valeur que pour le jour et pour le cycle auquel la biopsie est faite. Elle peut montrer :

a) Un endomètre *atrophique*.

b) Un endomètre *folliculinique persistant*, de meilleur pronostic, car traduisant un certain degré d'activité œstrogénique.

c) Un endomètre *hyperplasique*, glandulaire microkystique, ou glandulo-kystique, ce qui ne témoigne pas toujours d'une hyperfolliculinie.

d) Un endomètre *folliculo-lutéinique*. A ce propos, il faut noter que d'un aspect folliculino-lutéinique normal d'un endomètre on ne

peut pas toujours conclure à une activité ovarienne normale et bien équilibrée.

On a observé, *exceptionnement*, il est vrai :

- des endomètres folliculino-lutéiniques coïncidant avec une absence de corps jaune sur les ovaires (SHIPPEL, STAEMMLER) ;
- une discordance entre l'aspect folliculo-lutéinique de la muqueuse utérine et une insuffisance de progestérone extériorisée par les frottis et le dosage de prégnandiol (BURTHIAULT et collaborateurs, 1960).

Ceci incite à *comparer* les différents examens et à mettre en parallèle les examens biologiques et les dosages hormonaux.

B) LES DOSAGES

1° Les gonadotrophines urinaires

• ETUDE DE L'ÉLIMINATION DES F.S.H.

- Assez fréquemment, on trouve une élimination normale (10 à 25 U.S. par 24 heures).
- Une élimination élevée (30 à 250 U.S.) est de mauvais pronostic, car elle révélerait des lésions ovariennes primitives ou secondaires.
- Une élimination diminuée peut traduire une lésion hypophysaire primitive ou secondaire.

En pratique :

- La réponse donnée par le laboratoire concerne *l'effet gonadotrope total F.S.H. et L.H.*, car la méthode la plus souvent employée (augmentation de poids de l'utérus de souris) dose un mélange d'activité de ces deux hormones.
Récemment, Mme TCHOBROUSKY (1959), INGERSOLL et MAC ARTHUR (1959) ont insisté sur ce fait.

• ETUDE DE L'ÉLIMINATION DE L.H.

- Les dosages urinaires de L.H. seraient particulièrement intéressants. Malheureusement, ils sont délicats à effectuer surtout quantitativement et ne sont pas d'un usage courant en clinique.

— L'élimination de L.H. a été étudiée :

- par CERVINO et collaborateurs, en 1956, sur 2 cas. Ils ont pris pour test les modifications histologiques des vésicules séminales du rat impubère ;
- par KEETEL et collaborateurs, en 1957, sur 10 cas. Ils ont pris pour test les modifications histologiques des ovaires de rate impubère ;
- par INGERSOLL et MAC ARTHUR, en 1959, sur 6 cas, et par EVANS et RILEY, en 1960, sur 3 cas. Ils ont pris pour test le lobe ventral de la prostate d'un rat mâle impubère hypophysectomisé. Ils considèrent que le lobe ventral est un indicateur sensible du taux des androgènes secrétés sous l'influence de la stimulation par L.H. des cellules de LEYDIG.

2° Les œstrogènes

a) L'élimination urinaire est souvent normale tant par les dosages biologiques que chimiques. Une élimination inférieure à la normale sera de mauvais pronostic.

b) Plus intéressant sera le *fractionnement des œstrogènes* avec identification de l'œstradiol 17 β , de l'œstrone, et de l'œstriol :

- soit, *dans les urines*, par la méthode chimique de BROWN, ou par fractionnement chromatographique et dosage colorimétrique de BAULD ;
- soit, *dans le sang*, par dosage fluorimétrique après fractionnement chromatographique de VARANGOT, SEEMAN et CÉDARD.

Ces auteurs ont pu constater chez les femmes normales, l'absence d'œstriol en phase folliculaire dans le sang, et sa présence quasi constante en phase lutéale. Ils ont pu également constater, au cours des stérilités féminines, l'absence fréquente d'œstradiol et d'œstrone en phase folliculaire. L'absence d'œstriol en phase lutéale coïncide en général avec une courbe thermique, un cycle de frottis, une élimination de prégnandiol urinaire, incompatibles avec l'existence d'un corps jaune fonctionnel.

3° Le Prégnandiol

Les techniques utilisées par la plupart des auteurs (méthode de VENNING ; méthode d'ASTWOOD-TALBOT) ne dosent que le « complexe Prégnandiol ».

— Un chiffre de prégnerdiol bas traduit une anovulation.

— Un chiffre de prégnerdiol normal ou élevé permet en principe d'affirmer l'ovulation.

En fait, le complexe Prégnerdiol peut être élevé, même en l'absence de corps jaune.

Il peut alors s'agir (Mme TCHOBROUSKY) :

- soit de dosages insuffisamment spécifiques ;
- soit de présence de Prégneretriol ;
- soit d'une augmentation effective de la progestérone endogène due :
 - soit à une sécrétion de progestérone par les cellules thécales ;
 - soit à une sécrétion de progestérone d'origine surrénale (KLOPPER et collaborateurs).

JAYLE (1958) a décrit des *hirsutismes avec prégnerdiolurie* élevée sans prégneretriolurie, d'origine surrénale. Cette prégnerdiolurie disparaît après administration de Cortisone.

4° *Le Prégneretriol*

Séparé du « complexe Prégnerdiol » par la méthode de KLOPPER, MICHIE et BROWN, le prégneretriol a été découvert par MARRIAN, en 1938.

C'est un des produits du catabolisme de la 17-hydroxy-progestérone élaboré en excès dans les *syndromes adrénogénitaux d'origine congénitale*.

L'accumulation de la 17-hydroxy-progestérone au niveau de la surrénale paraît liée :

- au développement anormal de la zone réticulée de la corticosurrénale ;
- à l'incapacité où se trouve la surrénale d'hydroxyler le carbone en position 11 des 21-stéroïdes (JAILER, 1952 ; SEGALOFF, 1955).

La présence d'un prégneretriol dans l'urine des femmes ayant un virilisme est *caractéristique d'une origine surrénalienne* et sa présence en quantité notable d'une *origine congénitale*.

DECOURT et JAYLE (1957) ont, les premiers, publié une observation d'hirsutisme d'apparition tardive chez une femme adulte, avec prégneretriolurie en quantité appréciable.

Depuis, un certain nombre d'observations voisines ont été rapportées (JAYLE et coll., 1958).

Cette prégnanetriolurie traduirait une hyperplasie surrénale congénitale à révélation tardive qui serait liée à une insuffisance relative et non absolue de l'équipement enzymatique responsable de l'hydroxylation en C₂₁ (MAUVAIS, 1960).

5° *Les 17-cétostéroïdes neutres totaux urinaires*

Les 17 céto-stéroïdes neutres totaux urinaires sont habituellement dosés par la méthode de ZIMMERMANN (1935), modifiée par CAHEN et SALTER (1944).

Le taux des 17 céto-stéroïdes neutres totaux urinaires peut être :

- normal, ou à la limite supérieure de la normale (8 à 10 mg par 24 heures), ce qui n'exclut pas la possibilité d'une hyperandrogénie ;
- légèrement augmenté (20 à 25 mg par 24 heures), ce qui est compatible avec un virilisme d'origine ovarienne ;
- nettement augmenté (60 mg et plus), ce qui est en faveur d'un virilisme d'origine surrénale.

Là se bornent les renseignements que peuvent donner les dosages des 17 céto-stéroïdes neutres totaux :

a) D'une part :

- Un taux normal de 17 céto-stéroïdes n'exclut pas, nous l'avons vu, une hyperandrogénie.
- Un taux élevé peut être uniquement lié à une élimination des métabolites de l'hydrocortisone et ne pas être le témoin d'une hyperandrogénie (COHEN, 1957).

b) D'autre part, il n'y a aucun rapport entre l'hirsutisme et l'augmentation des 17 céto-stéroïdes :

- telle femme hirsute a un taux d'élimination normal ;
- telle autre, non hirsute, élimine des quantités élevées (Mme TCHOBROUSKY, 1959).

6° *Le fractionnement des 17-cétostéroïdes neutres totaux urinaires*

a) Ce fractionnement peut se faire :

- soit par la *chromatographie* sur colonne d'alumine de DINGEMANSE et HUIS IN'T VELD, qui a l'avantage de permettre d'apprécier séparément l'androstérone et l'étiocolanolone ;
- soit par le procédé plus simple de JAYLE et BAULIEU (1952).

b) Ce fractionnement montre l'existence de *trois grandes catégories* de 17 céto-stéroïdes urinaires :

- L'*androstérone* et l'*étiocholanolone* qui sont des androgènes, d'origine *gonadale* et *surrénale* (clochers IV et V de la chromatographie, fraction A de la méthode de JAYLE).
- La *dihydroépiandrostérone* (DHIA ou DHA) qui est un androgène faible dont l'origine est *surrénale* (clocher III, fraction B).
- Les 17 *céto-stéroïdes oxygénés en 11* qui sont des métabolites d'origine exclusivement *surrénale* (clochers VI et VII, fraction C).

c) Dans un virilisme ou devant une augmentation du taux des 17 céto-stéroïdes neutres urinaires :

- *l'élévation des clochers IV et V*, particulièrement celle de l'*androstérone*, *sans élévation de la DHIA concomitante*, fait penser à une *origine ovarienne* ;
- *l'élévation du clocher III* évoque l'origine *surrénale*, que cette élévation soit *isolée* ou *associée à un clocher IV et V*.

Il faut reconnaître que l'interprétation du chromatogramme est faussée en pathologie par l'apparition de stéroïdes qui s'éliminent de façon inconnue (COHEN).

7° *L'étude de la Dihydroépiandrostérone (DHA)*

JAYLE et MALASSIS (1959) ont mis au point une technique de dosage très sensible, par hydrolyse, extraction et coloration de ZIMMERMANN, qui permet d'évaluer avec une exactitude satisfaisante 150 microgrammes de DHA %.

L'élimination de base est de 0,91 mg/24 heures, avec des chiffres extrêmes de 0,10 à 2,20 mg/24 heures.

La DHA étant d'*origine exclusivement surrénale*, sa présence en quantité élevée dans l'urine permet sans aucun doute d'affirmer le virilisme surrénalien.

Chez la majorité des sujets atteints d'hyperplasie virilisante de la cortico-surrénale, on constate un taux de DHA augmenté en valeur absolue et relative (JAYLE et MALASSIS).

8° *Les 17-hydroxycorticoïdes*

Métabolites du Cortisol, ils sont dosés par la méthode de PORTER et SILBER.

L'élimination normale est de 2 à 5 mg par 24 heures.

Parfois, leur taux peut être légèrement augmenté, ce qui plaide en faveur de l'origine surrénalienne d'un virilisme, mais ne doit pas faire porter à tort le diagnostic de maladie de Cushing (DECOURT, JAYLE, MICHARD et MAUVAIS).

C) LES ÉPREUVES FONCTIONNELLES OU ÉPREUVES DYNAMIQUES

Nous étudierons successivement :

- les épreuves fonctionnelles que nous qualifierons de « *classiques* », qui ont pour but théorique de préciser l'origine de l'aménorrhée (hypophysaire, hypothalamique, ovarienne, utérine) en étudiant la réponse de la muqueuse vaginale, de l'endomètre, de l'ovaire à certaines incitations hormonales ;
- les épreuves fonctionnelles que nous appellerons « *modernes* » qui explorent la fonction androgénique et ont pour but de déterminer la part de l'ovaire et la part de la surrénale dans une aménorrhée avec virilisme.

1° *Epreuves fonctionnelles classiques*

● ÉPREUVE A LA PROGESTÉRONE

Cette épreuve est dite positive si, dans les jours qui suivent l'injection de Progestérone, une hémorragie utérine se produit.

On en conclut que les ovaires secrètent une quantité d'œstrogènes suffisante pour développer l'endomètre et que celui-ci est capable de réagir à la Progestérone.

Donc :

- un certain fonctionnement ovarien ;
- une réceptivité endométriale normale.

● ÉPREUVE AUX ŒSTROGÈNES

Elle consiste à étudier, après injection d'œstrogènes naturels ou synthétiques :

- les réactions vaginales : apparition de cellules éosinophiles et caryo-pycnotiques ;
- la glaire : abondance et filance.

- EPREUVE DU CYCLE ARTIFICIEL

Réalisée par l'administration d'œstrogènes et de progestérone.

Elle est positive si une hémorragie de type menstruel survient deux à trois jours après la fin du cycle. On en conclut que l'endomètre est réceptif et qu'il faut rechercher au niveau des ovaires ou de l'hypophyse la cause de l'aménorrhée.

- EPREUVES AUX GONADOTROPHINES

- a) *Epreuve à la gonadotrophine sérique*

- Cette épreuve d'œstrogénie provoquée ou test de kératinisation provoquée de PAPANICOLAOU permet, dans une certaine mesure, chez une malade hypoœstrogénique, de préciser l'étiologie ovarienne ou hypophysaire de cette carence.
 - Si les frottis pratiqués après administration de gonadotrophine sérique montrent un taux d'éosinophilie et de caryopynose augmenté, il faut admettre que les ovaires sont réceptifs et fonctionnels. L'aménorrhée apparaît donc comme d'origine hypophysaire.
 - Si, au contraire, il n'y a aucune modification des frottis, l'ovaire n'est pas réceptif, il est responsable de l'aménorrhée.

- b) *Epreuve à la gonadotrophine chorionique*

- Cette épreuve, décrite par JAYLE (1956), a pour but de différencier les aménorrhées hypothalamiques des aménorrhées ovariennes.
 - On peut constater, après injection de gonadotrophine chorionique :
 - soit une réponse ovarienne avec augmentation du prégnandiol et de la folliculine dans les dosages ; il s'agit alors d'une aménorrhée hypothalamique ;
 - soit aucune réponse ovarienne avec un taux inchangé de prégnandiol et de folliculine ; il s'agit alors d'une aménorrhée d'origine ovarienne.

c) Nous ne parlerons pas, volontairement, de l'épreuve aux *gonadotrophines sériques et chorioniques* suivant le schéma de RYDBERG (1942), car elle est *dangerouse*.

De nombreuses publications récentes et particulièrement les articles de ROUCHY et LE DALL en 1959, et de BÉCLÈRE en 1960, ont insisté sur les accidents observés :

- hyperlutéinisation massive des ovaires avec développement rapide de tumeurs polykystiques ;

- rupture de l'ovaire avec hémopéritoine ;
- œdème aigu de l'ovaire (PALMER).

Depuis ces analyses, d'autres cas ont été signalés : DOUAY, GRÈS et GUYOMAR, EZES et BOURDON, GUILHEM et ESPAGNO (1960).

Peut-être conviendrait-il de diminuer les doses de gonadotrophines chorioniques, *même utilisées seules*, et de ne pas dépasser une dose totale de 6.000 unités.

2° *Epreuves fonctionnelles modernes*

Ces épreuves dynamiques ont suscité de nombreux travaux.

Parmi les plus récents, il faut citer :

- ceux de JAYLE et MALASSIS (1959), sur la *stimulation de la cortico-surrénale par A.C.T.H.*, qui portent sur 180 femmes atteintes de virilisme ou d'hirsutisme ;
- ceux de DECOURT, JAYLE, MICHARD et MAUVAIS (1960), sur la *freination de la cortico-surrénale par la dexaméthasone*, qui portent sur 23 femmes atteintes de virilisme tardif.

- EPREUVE DE STIMULATION DE LA CORTICO-SURRÉNALE PAR L'A.C.T.H. (test de Thorn)

On injecte :

- soit de l'A.C.T.H. *par perfusion intraveineuse* (25 mg dilués dans 500 cm³ de sérum glucosé isotonique perfusé lentement en huit heures, deux jours consécutifs) ;
- soit de l'A.C.T.H.-*retard*, *par voie intramusculaire*, épreuve ambulatoire mise au point par JAYLE et DECOURT (1958) (deux fois 40 unités d'A.C.T.H. phosphate de zinc intramusculaire à douze heures d'intervalle).

On dose :

- les 17-cétostéroïdes neutres totaux, de préférence avec fractionnement ;
- les 17-hydroxycorticoïdes ;
- dans certains cas, la déhydroépiandrostérone et le « complexe prégnandioli » pouvant contenir du prégnanetriol.

a) *Chez la femme normale, on constate :*

- une élévation des 17-cétostéroïdes, de l'ordre de 50 à 100 %. Toutes les fractions du chromatogramme sont affectées, surtout les vagues VI et VII ;

- une élévation des 17-hydroxycorticoïdes, de l'ordre de 250 à 500 % ;
- une élévation de la D.H.I.A., de l'ordre de 50 à 100 %.

Mais, alors que le taux de la D.H.A. est le même, que l'A.C.T.H. soit administré par perfusion intraveineuse ou par injections intramusculaires, JAYLE et MALASSIS ont constaté que l'augmentation des 17-cétostéroïdes était en moyenne trois fois plus élevée dans le second cas que dans le premier.

b) Dans les cas pathologiques :

— *Virilisme d'origine surrénale*

- 1) L'administration d'A.C.T.H. provoque une *élimination excessive des 17-cétostéroïdes*.

JAYLE et MALASSIS insistent sur le fait :

- que l'augmentation de la D.H.A. sous l'effet de l'A.C.T.H. révèle une hyperactivité androgène de la cortico-surrénale dans un nombre de cas plus important et, d'une façon plus évidente que ne le fait l'augmentation des 17-cétostéroïdes totaux ;
- que l'administration intramusculaire de l'A.C.T.H. paraît révéler l'hyperproduction de D.H.A. avec beaucoup plus de netteté que la perfusion intraveineuse.

- 2) Dans les cas de virilisme avec prégnanetriolurie ou prégnandiolurie d'origine surrénale, l'administration d'A.C.T.H. provoque une *augmentation considérable du « complexe prégnandiol »*.

— *Virilisme d'origine ovarienne*

- 1) L'administration d'A.C.T.H. provoque la même augmentation des 17-cétostéroïdes et des 17-hydroxycorticoïdes que chez les femmes normales, en raison de l'intégrité des surrénales.
- 2) Rappelons que l'élévation excessive des 17-hydroxycorticoïdes sous A.C.T.H. est l'élément fondamental dans les syndromes métaboliques (maladies de Cushing).

● **EPREUVE DE FREINATION DE LA CORTICO-SURRÉNALE PAR LA DEXA-MÉTHASONE**

On a utilisé successivement l'action freinatrice :

- de la cortisone et de l'hydrocortisone (dose efficace : plus de 100 mg) ;

- de la prégnisone (delta-cortisone) (dose efficace : 30 mg);
- et de la prégnisolone (delta-hydro-cortisone) (dose efficace : 15 mg).

En fait, on utilise actuellement la dexaméthasone qui est approximativement trente fois plus active que la prégnisone, qui a l'avantage de n'exercer aucune action minéralo-corticoïde ou métabolique et qui ne fournit pas aux doses utilisées des métabolites urinaires susceptibles de troubler l'interprétation du freinage (DECOURT, MAUVAIS, MICHARD).

On injecte :

- 3 mg par jour, pendant cinq jours.

On dose :

- les 17-cétostéroïdes ;
- les 17-hydroxycorticoïdes ;
- dans certains cas : la D.H.A., le complexe prégnandiol pouvant contenir du prégnanetriol.

a) *Chez la femme normale, on constate :*

- un abaissement des 17-cétostéroïdes et des 17-hydroxycorticoïdes autour de 1 mg.

b) *Dans les cas pathologiques :*

— *Virilisme d'origine surrénale :*

- 1) L'administration de dexaméthasone provoque l'*effondrement de tous les taux* (17-cétostéroïdes et 17-hydroxycorticoïdes) constant et comparable en intensité à celui qu'on obtient chez les sujets normaux.
- 2) Dans les cas de virilisme avec prégnanetriolurie ou prégnandiolurie d'origine surrénale, l'administration de dexaméthasone entraîne l'*effondrement du « complexe prégnandiol »*.

— *Virilisme d'origine ovarienne :*

- 1) L'administration de dexaméthasone abaisse les 17-cétostéroïdes grâce à son action sur la surrénale, *mais de façon incomplète*, les 17-cétostéroïdes d'origine ovarienne échappant au freinage, on observe alors *un taux résiduel supérieur à 3 mg*.
- 2) Le fractionnement chromatographique montre que l'étiolanolone et l'androstérone passent en moyenne, après freinage, de 76 % à 89 % des 17-cétostéroïdes totaux.
- 3) Le freinage des 17-hydroxycorticoïdes s'effectue normalement.

● EPREUVE DE STIMULATION OVARIENNE PAR LA GONADOTROPHINE CHORIONIQUE

Elle a suscité de nombreuses discussions :

- sur sa conception pathogénique ;
- sur la valeur et la constance de ses résultats.

On injecte :

- deux fois 10.000 unités intramusculaires de gonadotrophine chorionique, à quarante-huit heures d'intervalle.

On dose :

- les 17-cétostéroïdes avec étude chromatographique.

a) Chez la femme normale :

- on constate une élévation assez nette des 17-cétostéroïdes uniquement en phase lutéale.

b) En cas de virilisme d'origine ovarienne :

- l'injection de gonadotrophine choriale provoque une augmentation des 17-cétostéroïdes urinaires portant surtout sur les clochers IV et V du chromatogramme.

En fait, nous avons vu que ce test pouvait être *dangereux*.

Il est *incertain*, la L.H. qui exciterait, soit les cellules de la thèque interne, soit les cellules du hile, dites de Berger, aurait aussi la propriété de stimuler le cortex surrénal (BOTELLA LLUSIA, 1953 ; PLATE, 1954).

DECOURT et MAUVAIS (1960) ont associé, dans 2 cas, une épreuve de freinage à la dexaméthasone (douze jours consécutifs) et une stimulation par la gonadotrophine chorionique (10.000 unités les sixième et septième jours). Le résultat obtenu avec cette association sera envisagé au chapitre du syndrome de Stein-Leventhal.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

I — Spanioménorrhées ou aménorrhées secondaires du type Stein-Leventhal

Nous avons fait 5 résections cunéiformes des ovaires chez des femmes présentant :

- des *troubles des règles*, à type de spanioménorrhée ou d'aménorrhée ;
- une *stérilité* secondaire.

Avant d'analyser nos observations et les résultats obtenus, nous voudrions schématiquement préciser les indications thérapeutiques telles qu'on peut les concevoir actuellement dans les cas de dystrophie ovarienne polykystique, de syndrome anovulatoire de l'ovaire polykystique, de syndrome de Stein-Leventhal.

Nous écarterons volontairement toute discussion nosologique et toute discussion pathogénique.

I. — LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

- A) *Il est des cas où l'intervention paraît indiquée sans réserve*

Ces cas réunissent l'ensemble des signes suivants :

• LES FEMMES CONSULTENT pour :

- Une *spanioménorrhée* (règles trois ou quatre fois par an) ou une *aménorrhée*, parfois primaire et souvent masquée par des cycles artificiels, le plus souvent *secondaire*.
Le début des troubles remonte en général à la *puberté* et s'*accentue* avec l'âge. Parfois, les troubles n'apparaissent qu'après une période plus ou moins longue de cycles normaux ou à peine modifiés.
- Une *stérilité*. Cette stérilité n'est pas constante, du moins au début de la maladie.
- Une *hypertrichose*, dans 50 % des cas.
- Une *obésité*, dans 50 % des cas.

• L'EXAMEN CLINIQUE montre :

- Une vulve et un vagin normaux.
- Un utérus petit ou de taille normale.
- Le toucher vaginal perçoit de *gros ovaires* ou des ovaires de taille normale, mais fermes ou *durs, réguliers, ne variant* pas de taille d'un examen à l'autre au cours du cycle.

• LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES révèlent :

- Une *anovulation constante* précisée par :
 - une courbe thermique monophasique ;
 - un cycle de frottis sans signe d'ovulation décelable ;
 - la biopsie de l'endomètre qui montre un endomètre d'aspect prolifératif, folliculinique persistant, sans action progestative ;
 - un taux de prégnandiols toujours bas.
- Un *taux d'œstrogénie suffisant*, apprécié par :
 - l'aspect des frottis donnant souvent le reflet d'une imprégnation œstrogénique faible mais prolongée ;
 - l'aspect de l'endomètre folliculinique persistant ;
 - le dosage des œstrogènes urinaires montrant une œstrogénurie normale.
- Un *taux de F.S.H. normal*, ce qui élimine une insuffisance ovarienne primitive ou secondaire, une insuffisance hypophysaire.

- À LA CŒLIOSCOPIE, on constate deux gros ovaires de couleur blanc grisâtre, de surface lisse, sans follicule visible, sans corps jaune.

- A LA COUPE DES OVAIRES, on trouve un *épaississement important de l'albuginée* qui recouvre de *petits follicules kystiques*.

Dans ces conditions :

a) Les résultats sont, en général, *excellents* :

- guérison des troubles des règles dans *70 à 90 % des cas*.
Les premières règles apparaissent environ trois semaines après l'intervention ;
- une grossesse peut apparaître sans tarder.

EVANS et RILEY ont publié, en novembre 1960, les résultats de 40 résections ovariennes partielles faites dans des cas de dystrophie ovarienne polykystique où :

- les femmes venaient consulter pour oligoménorrhée ou aménorrhée et stérilité ;
- les ovaires étaient gros, lisses, à coque épaisse (11 non augmentés de volume) ;
- le taux des œstrogènes était normal ;
- le taux de F.S.H. était normal.

Cette statistique est particulièrement démonstrative puisque ces auteurs ont *éliminé* les femmes ayant un *taux d'œstrogènes bas* ou effondré, un *taux de F.S.H. bas* ou effondré.

Ils ont obtenu les résultats suivants :

- 36 cycles ovulatoires sur 40 femmes, soit *90 % de succès* ;
- un total de 37 grossesses chez 21 femmes sur 40, soit *52,5 % de succès*.

b) L'aspect histologique des ovaires est plus variable. On retrouve :

- *Toujours*, la présence de *follicules kystiques* dans la corticale.
- Le plus souvent, un *épaississement* plus ou moins marqué de l'albuginée et une fibrose du stroma.
- Souvent, une *hyperplasie de la thèque interne* autour des kystes folliculaires.
- Parfois, au niveau des cellules thécales qui sont grandes et polygonales, avec des images de mitoses nombreuses, des vacuoles cytoplasmiques remplies de gouttelettes graisseuses (transformations décrites sous le nom de *lutéinisation* ou *hyperthécose*).
- Il n'y a *jamais de corps jaune en évolution* et rarement des *corpora albicantia*.

B) *Il est des cas où l'on peut opérer avec de notables chances de succès bien que les résultats semblent moins constants*

- Lorsque les femmes consultent pour des MÉNO-MÉTRORRAGIES intenses ou des MÉTRORRAGIES ENTRECOUPÉES de phases d'AMÉNORRHÉE (ROUCHY, 1960 ; VIGNALOUL, JAMAIN et coll., 1960 ; BOINET et coll., 1960 ; Mme TCHOBROUTSKY, 1959 : 6 cas sur 22 résections, 3 résultats favorables sur 6).
- Lorsque les femmes ont des OVULATIONS ÉPISODIQUES (PLATE, 1957).
- Lorsque les ovaires ne présentent qu'une SCLÉROSE UNILATÉRALE ou par plaques, ou même aucune sclérose corticale (Mme TCHOBROUTSKY).
- Lorsque l'utérus est petit et que les frottis sont atrophiques (Mme TCHOBROUTSKY, 2 cas sur 22 résections, 2 résultats favorables), A CONDITION QUE LE TAUX DES ŒSTROGÈNES SOIT NORMAL. MAUVAIS (1960) a, en effet, observé des taux de phénolstéroïdes appréciables contrastant avec une hypœstrogénie clinique (frottis vaginaux atrophiques).
- Lorsque le TAUX DE F.S.H. EST AUGMENTÉ, ce qui se rencontre environ dans 1/6^e des cas (INGERSOLL et Mc ARTHUR, 1959).

Les possibilités d'association de tous ces éléments sont nombreuses. Tel ou tel d'entre eux constitue, *suivant les auteurs*, des contre-indications.

Les signes d'anovulation totale ou d'une ovulation épisodique et *l'aspect des ovaires* à corticale épaisse semblent les critères les plus souvent exigés.

C) *Il est des cas où l'indication opératoire est plus discutée*

Ce sont ceux où le taux de F.S.H. est inférieur à 5 unités-souris par vingt-quatre heures.

Certains pensent qu'il s'agit là d'une contre-indication formelle : HAAS et RILEY (1955), EVANS et RILEY (1958 et 1960); Mme TCHOBROUTSKY a cependant obtenu 2 résultats favorables sur 3 cas.

D) *Il est illusoire, pensons-nous, et voué à l'échec, d'opérer les femmes réunissant :*

- Des frottis vaginaux atrophiques.
- Un endomètre atrophique.

— Un taux des œstrogènes très bas, et surtout des ovaires petits et scléreux.

E) *Un cas particulier fréquent* : Quelle conduite adopter lorsque les femmes présentent un *virilisme pileaire simple*, associé à des troubles des règles ?

Le traitement dépend des résultats de l'enquête étiologique.

- Ou bien, on pense à UNE ORIGINE SURRÉNALE devant :
 - Le début précoce du virilisme pileaire, contemporain des premières manifestations de la puberté puisqu'on admet, en général, que « la puberté surrénale » précède de deux ou trois ans la « puberté gonadique » (BRICAIRE et LEPRAT).
 - Une augmentation nette bien que modérée des 17-cétostéroïdes neutres totaux, de l'ordre de 20 mg par vingt-quatre heures, et du taux de la D.H.A. au-dessus de 3 mg par vingt-quatre heures (JAYLE).
 - Une augmentation exagérée du taux des 17-cétostéroïdes neutres totaux et surtout de la D.H.A. après stimulation par l'A.C.T.H.
 - Un abaissement constant, important et parallèle de tous les métabolites après freinage par les corticoïdes de synthèse et particulièrement une disparition presque totale de la D.H.A. urinaire au bout de cinq jours d'épreuve. Le taux des 17-cétostéroïdes est alors de 1 mg environ (MAUVAIS).

Il est logique, dans cette éventualité, de prescrire un traitement par la delta-cortisone, ou mieux par la dexaméthasone. On assiste au retour de cycles réguliers et ovulatoires.

Mais le traitement par les corticoïdes doit être poursuivi plusieurs mois.

- Ou bien, on pense à une ORIGINE OVARIENNE PROBABLE devant :
 - Un taux normal ou peu élevé des 17-cétostéroïdes totaux neutres de l'ordre de 10 à 15 mg par vingt-quatre heures et un taux bas de D.H.A., au-dessous de 1 mg.
 - Une nette prépondérance de l'étiocholanolone et de l'androstérone sur le chromatogramme.
 - Une augmentation modérée et comparable à la normale des 17-cétostéroïdes neutres totaux, de la D.H.A. et des 17-hydroxycorticoïdes, après A.C.T.H.
 - La persistance d'un taux résiduel des 17-cétostéroïdes neutres totaux, supérieur à 3 mg après freination avec prépon-

dérance dans ce résidu de l'étiocolanolone et l'androstérone.

Ce taux résiduel pouvant s'observer *même* chez les femmes qui présentent un taux de 17-cétostéroïdes normal.

Il est logique, dans cette éventualité, *d'intervenir pour faire une résection cunéiforme des ovaires.*

a) Pour BRICAIRE et LEPRAT, la conduite thérapeutique dépendra de l'état des ovaires vus à la coélioscopie :

— *S'il existe des ovaires modifiés* (gros ou de taille normale mais à coque épaisse, réguliers, porcelainés), *l'intervention est indiquée.*

Les résultats sont bons sur les troubles menstruels et une éventuelle stérilité, plus inconstants sur le virilisme pileux. Après intervention, ces auteurs préconisent *une cure prolongée par les corticoïdes de synthèse.*

— Si les ovaires semblent normaux, ils conseillent un traitement analogue à celui des hirsutismes idiopathiques.

b) Notre Maître VARANGOT et Mme TCHOBROUTSKY ont eu la surprise de constater la guérison des troubles des règles après la résection cunéiforme chez 3 malades qui avaient un hypercorticisme surrénalien modéré mais indiscutable et dont une seule avait de gros ovaires.

Ils pensent que le choix entre le traitement par les corticoïdes et le traitement chirurgical doit être fonction de considérations personnelles, des conditions sociales et du désir de la malade.

II. — ANALYSE DE NOS OBSERVATIONS

Nous distinguerons les femmes qui avaient des troubles des règles et la femme qui consultait uniquement pour stérilité secondaire.

FEMMES CONSULTANT POUR DES TROUBLES DES RÈGLES

A) *Analyse d'ensemble*

● 4 femmes avaient des TROUBLES DES RÈGLES :

— 3 à type de *spanioménorrhée* (obs. n^{os} 1, 2 et 4);

— 1 à type d'*aménorrhée secondaire* (obs. n^o 3).

Les 4 avaient une *hypertrichose* :

- 3 importante (obs. n^{os} 1, 2, 4);
- 1 légère (obs. n^o 3).

Deux femmes étaient *obèses* :

- l'une nettement (obs. n^o 4);
- l'autre très modérément (obs. n^o 3).

- Une seule femme consultait en outre POUR STÉRILITÉ (obs. n^o 3). Deux étaient des jeunes filles (obs. n^{os} 2 et 4). La dernière avaient déjà deux enfants (obs. n^o 1).

- LES OVAIRES ÉTAIENT :

- *gros, à coque épaisse et d'aspect procelainé* dans 2 cas (obs. n^{os} 1 et 2);
- de taille normale dans 2 cas :
 - d'aspect blanchâtre dans l'observation n^o 3;
 - à sclérose corticale modérée dans l'observation n^o 4.

- Après la résection cunéiforme bilatérale des ovaires :
 - 3 eurent des cycles réguliers (obs. n^{os} 1, 2 et 4);
 - la femme stérile eut des cycles réguliers pendant six mois, puis fut à nouveau aménorrhéique. Nous avons été avisés de son accouchement récent en province (obs. n^o 3).

B) *Analyse détaillée*

Si nous étudions plus en détail nos observations, que trouvons-nous ?

- LES DEUX PREMIÈRES OBSERVATIONS SONT TYPIQUES (obs. n^{os} 1 et 2)

Symptomatologie

Les femmes âgées de dix-neuf et trente-quatre ans avaient une *spanioménorrhée* depuis la puberté.

L'une (obs. n^o 1) avait cependant eu 3 grossesses dont 2 à terme. Elles avaient toutes deux une *pilosité* très exagérée.

L'*anovulation* était certaine, l'*imprégnation œstrogénique* suffisante.

Le *taux de F.S.H.* était normal ou à la limite supérieure du taux normal.

Le *taux des 17-cétostéroïdes neutres totaux urinaires* était *augmenté* (18,5 mg et 14,7 mg), avec un *taux de D.H.A.* à la limite supérieure de la normale (2,4 mg et 2,8 mg).

Un traitement au cortancyl, prolongé, n'avait que peu influencé le taux des 17-cétostéroïdes dans l'observation n° 2 (18,5 mg à 11,6 mg). De plus, ce traitement avait fait apparaître des hémorragies utérines persistantes.

Les ovaires étaient gros et d'aspect porcelainé.

Résultats de l'intervention

Les résultats de la résection cunéiforme ont été « spectaculaires ».

- Cycles réguliers.
- Signes ovulation (glairer cervicale, décalage thermique, élévation du taux de prégnandiol).
- Par contre, le taux des 17-cétostéroïdes neutres totaux n'a que fort peu baissé (15,2 mg avec D.H.A. à 2 mg, dans l'obs. n° 2).

Examen histologique

L'examen histologique a montré :

- Des microkystes.
- Une coque assez épaisse et une corticale d'épaisseur normale.
- L'absence de cicatrices de corps jaune.

L'état de la thèque n'est pas précisé.

• LES DEUX OBSERVATIONS SUIVANTES (obs. n°s 3 et 4) SONT INTÉRESSANTES, car la résection cunéiforme a été d'indication moins classique.

— Dans l'observation n° 3, il faut noter chez une femme aménorrhéique, hirsute et stérile :

- le *contraste*, déjà signalé par MAUVAIS, entre des signes d'hypocœstrogénie clinique (frottis vaginaux atrophiques, endomètre atrophique, utérus petit) et un taux normal d'œstrogènes (45,56 gamma);
- le *contraste* entre le taux de F.S.H. à la limite inférieure de la normale (d'abord à 25 U.S., puis à moins de 5 U.S.) et l'aspect des ovaires non augmentés de volume, certes, mais de taille normale et de coloration blanchâtre.

Cette femme a eu des cycles réguliers après l'intervention (janvier 1958) pendant six mois. Cette amélioration n'a été que provisoire. Elle a toutefois accouché à terme en janvier 1961.

— Dans l'observation n° 4, il faut noter chez une femme spanioménorrhéique, hirsute et obèse, le *taux élevé de F.S.H.*, supérieur à 100 U.S. par vingt-quatre heures.

Le résultat a été bon : cycle régulier, mais sans décalage thermique.

Elle a maigri de 5 kg après l'intervention. Le taux des 17-cétostéroïdes reste élevé (15 mg/24 h).

FEMME CONSULTANT POUR UNE STÉRILITÉ

L'observation (obs. n° 5) de cette dernière femme doit être mise à part.

— Elle avait une ovulation sinon constante, du moins épisodique (résultat des frottis).

— La résection cunéiforme a été décidée sur l'aspect des ovaires très gros et durs « comme du bois », malgré les résultats médiocres de l'insufflation et de l'hystérogaphie.

— L'intervention a eu lieu le 21 novembre 1960. A ce jour, elle n'est pas enceinte.

III. — DONNÉES PATHOGÉNIQUES RÉCENTES

Depuis l'excellente thèse de Mme TCHOBROUTSKY, que trouvons-nous qui puisse apporter quelques précisions dans la pathogénie du syndrome de Stein-Leventhal ?

• La COMBINAISON D'UNE ÉPREUVE DE FREINAGE par la dexaméthasone et d'UNE STIMULATION par les gonadotrophines chorioniques a permis à MAUVAIS (1960) de remarquer :

a) D'une part :

— qu'il existait, après injection de gonadotrophines chorioniques, *une élévation des 17-cétostéroïdes totaux*, contrastant avec la chute persistante des 17-hydroxycorticoïdes urinaires (ce qui traduit un freinage quasi total et efficace de la sécrétion d'A.C.T.H. et l'absence d'intervention des gonadotrophines chorioniques au niveau du cortex surrénal, du moins en ce qui concerne la biogénèse du cortisol) ;

— que le résidu des 17-cétostéroïdes était constitué essentiellement par l'*étiocholanolone* et l'*androstérone* dont 2/3 d'androstérone ;

— qu'enfin, on ne trouvait plus à ce stade de D.H.A. ni de 17-cétostéroïdes oxygénés en 11.

b) D'autre part, que le *taux des phénolstéroïdes devenait double* du taux de départ ; la chromatographie montrant que, seul, l'*œstriol* participe à cette ascension du taux des phénolstéroïdes.

L'action des gonadotrophines chorioniques sur l'ovaire se manifesterait donc par la formation de stéroïdes dont les métabolites sont constitués essentiellement par l'*androstérone* et l'*œstriol*.

On peut alors se demander s'il n'existe pas un rapport entre ces deux anomalies hormonales en quelque sorte parallèles (MAUVAIS).

• INGERSOLL et MC ARTHUR (1959) ont étudié le taux de L.H. chez 6 femmes qui présentaient un syndrome de Stein-Leventhal (troubles du cycle, stérilité, hirsutisme dans 50 % des cas, gros ovaires et taux normaux des 17-cétostéroïdes).

Ces taux furent étudiés de vingt-huit à cent vingt-deux jours consécutifs et comparés aux taux trouvés chez des femmes ayant un cycle menstruel normal.

La méthode employée est biologique : augmentation de poids du lobe ventral de la prostate chez le rat impubère hypophysectomisé.

Les auteurs ont trouvé :

- *Chez la femme normale* : un clocher du taux de L.H. peu avant le décalage thermique de l'ovulation et juste avant le début des règles.
- *Dans les cas de syndrome de Stein-Leventhal*, le taux de L.H. est, dans l'ensemble, *plus élevé* et présente des *oscillations journalières* marquées, en contradiction avec les taux des femmes normalement réglées.
- *Après résection cunéiforme*, les taux des deux femmes étudiés approchent des taux normaux.

Ceci paraît confirmer l'hypothèse d'une hypersécrétion de L.H. suggérée par PHILIPP et STANGE (1954).

Il est curieux de remarquer que la sécrétion des F.S.H. semble subir aussi des fluctuations anormales dans le syndrome de Stein-Leventhal, puisque les poids des testicules pris pour test, et pesés en même temps que les lobes ventraux de prostate, oscillent parallèlement.

II — Méno-métrorragies de la jeune fille

Une résection ovarienne partielle bilatérale a été faite *chez trois jeunes filles*, âgées de dix-huit, vingt et vingt-deux ans, pour des méno-métrorragies :

- *persistant* depuis plusieurs années ;
- *résistant* aux thérapeutiques hormonales et aux curetages ;
- *entraînant* une atteinte de l'état général (anémie nécessitant des transfusions sanguines).

Ces formes graves représentent l'*exception* parmi de nombreuses formes très bénignes, mais elles existent et posent alors des problèmes angoissants.

I. — LES CONSULTATIONS

Ces jeunes filles sont venues consulter avec le tableau clinique habituel de ces *méno-métrorragies*.

Les méno-métrorragies sont apparues :

- Parfois, avec un certain décalage de quelques mois (*obs. n° 6*), voire de quelques années (*obs. n° 7*) entre les premières règles et les premières hémorragies.
- Parfois, dès les premières menstruations (*obs. n° 8*).

Ces hémorragies sont anormales :

- *Par leur fréquence* : les cycles sont très irréguliers et défient toute description.
- *Par leur abondance* : tout peut se voir, depuis la perte de sang légèrement excessive jusqu'à la très grande hémorragie s'accompagnant d'anémie aiguë, de choc, et nécessitant un traitement d'extrême urgence (*obs. n° 8*).
- *Par leur durée* : l'hémorragie peut traîner interminablement pendant plusieurs semaines.

Les examens complémentaires montrent :

- Une courbe thermique monophasique.

- Des *frottis* vaginaux *folliculiniques* sans aucun critère d'activité lutéinique.
- Une *muqueuse utérine* du type folliculinique persistant, présentant souvent un aspect d'*hyperplasie glandulo-kystique* (obs. n^{os} 6 et 8).
- Les *dosages hormonaux* montrent :
 - un taux de F.S.H. normal (obs. n^o 6) ou en excès ;
 - un taux de prégnandiol toujours très bas (obs. n^o 6) ;
 - des 17-cétostéroïdes normaux (obs. n^o 6) ou bas ;
 - les œstrogènes sont parfois trouvés en excès.
JAYLE (1957), par contre, les a trouvés à des chiffres infimes dans 6 cas.
- La *gynécographie* révèle souvent de gros ovaires (obs. n^o 7).
- La *cœlioscopie* permet de préciser leur aspect.

II. — L'INTERVENTION

- LA DÉCISION OPÉRATOIRE n'a été prise
 - Qu'après une *longue évolution* (trois, six, huit ans).
 - Devant la *gravité* de l'affection et l'atteinte de l'état général, obligeant à de *fréquentes cures de repos et interrompant les études*.
 - Après *l'échec* :
 - des *traitements médicaux prolongés, multiples et variés* (androgènes, progestérone, cycles artificiels, gonadotrophines chorioniques, extraits mammaires) ;
 - et des *curetages* (obs. n^{os} 6, 7 et 8).
 - Après avoir éliminé :
 - des troubles de la *crase sanguine*, par des examens hématologiques répétés ;
 - une *lésion utérine*, par l'hystérogaphie ;
 - une *tumeur ovarienne* (tumeur de la granulosa).
- A L'INTERVENTION :

L'aspect macroscopique des ovaires a été le suivant :

 - Un ovaire portant un kyste folliculaire (obs. n^o 6).
 - Des ovaires gros et polymicrokystiques (obs. n^o 7).
 - Des ovaires à coque épaisse (obs. n^o 8).

• LE RÉSULTAT DU TRAITEMENT :

- A été *très bon* dans deux cas puisque :
 - les cycles sont devenus réguliers ;
 - les épisodes hémorragiques ont disparu ;
 - on a obtenu une grossesse ultérieure (obs. n° 7).
- A été *bon* dans un cas (obs. n° 8) malgré l'existence d'une endométriose ovarienne avec adénomyose et ce n'est pas le moindre résultat de la résection que *d'avoir permis le diagnostic précis.*

III. — LES RÉSECTIONS PARTIELLES

Les résections ovariennes partielles ont donné des résultats satisfaisants à d'autres qu'à nous : HENKEL, THALER, KOLHER, ISBRÜCH, GEIST, MANSFELD les ont utilisées.

COTTE (1949) écrit :

« Nous avons vu trop de malades chez qui il a suffi d'énuccléer un kyste folliculaire, ou un kyste lutéinique, pour mettre fin aux hémorragies, pour ne pas défendre avec conviction cette méthode thérapeutique. »

Nous la préférons à la stérilisation temporaire par radiothérapie ovarienne ou par curiethérapie.

Les dérivés modernes de l'œstrénolone (méthylœstrénolone, et surtout éthinyl-œstrénolone) rendront peut-être plus rares encore les indications de la chirurgie.

Mmes BERNARD et ODANO (1960) ont prescrit avec succès l'éthinyl-œstrénolone dans 3 cas de méno-métrorragies de la jeune fille.

Ils sont certainement indiqués dans les suites opératoires (obs. n° 8).

IV. — SYNDROMES DE STEIN-LEVENTHAL

Avons-nous opéré des syndromes de Stein-Leventhal ? (obs. n°s 6 et 7).

— *Oui*, si nous considérons :

- les signes constants d'anovulation (frottis, muqueuse utérine, taux de prégnandiol toujours très bas) ;

- le taux de F.S.H. normal ;
- la taille des ovaires toujours grande ;
- les résultats de la résection cunéiforme très bons dans les deux cas, avec rétablissement de cycles réguliers et une grossesse ultérieure ;
- le compte rendu histologique qui décrit un aspect micro-polykystique.

Il s'agit bien là de syndromes anovulatoires d'ovaires polykystiques.

- *Non*, si l'on exige :
 - l'aspect macroscopique lisse et blanchâtre des ovaires ;
 - l'épaississement de l'albuginée.
- *Nous mettons à part l'observation n° 8* : là encore, existaient les signes d'anovulation, les gros ovaires qui étaient de plus blanchâtres, à coque épaisse. Mais le compte rendu histologique ne fait mention que d'une endométriose bilatérale. Nous n'avons lu nulle part que l'endométriose ovarienne pouvait être associée à un syndrome de Stein-Leventhal. Seul, SHIPPEL fait allusion à la possibilité d'une irritation pelvienne locale à l'origine de l'hyperthécose et cité l'endométriose.

III — Kystes "fonctionnels" de l'ovaire

Treize énucléations suivies de résections ovariennes ont été faites pour des dystrophies monokystiques de l'ovaire :

- 9 fois, pour des kystes de volume notable provoquant des troubles fonctionnels chroniques ;
- 1 fois, pour un kyste du corps jaune découvert au cours d'une intervention pour rupture de grossesse extra-utérine ;
- 3 fois, pour des kystes compliqués.

Deux résections ovariennes partielles ont été faites dans des cas de gros ovaires portant :

- l'un un follicule kystique ;
- l'autre un corps jaune hémorragique.

I. — RÉSECTIONS OVARIENNES POUR KYSTES FONCTIONNELS PROVOQUANT DES TROUBLES CHRONIQUES

Il s'agissait :

- de kystes folliculaires : 5 fois ;
- de kystes progestatifs : 4 fois.

A) KYSTES FOLLICULAIRES

• Les femmes, dont l'âge moyen était de vingt-neuf ans, sont VENUES CONSULTER POUR :

- des troubles des règles à type de spanioménorrhée : 3 cas ;
- une dysménorrhée isolée : 1 cas (obs. n° 11) ;
- une stérilité primaire : 1 cas (obs. n° 13) ;
- un syndrome prémenstruel intense est signalé 2 fois (obs. n° 9 et 10).

Toutes ces femmes avaient subi des traitements hormonaux sans grands résultats.

- A L'EXAMEN CLINIQUE, le kyste a été perçu 4 fois.

Nous relevons :

- Une gynécographie (*obs. n° 9*).
- Une cœlioscopie (*obs. n° 13*).

- L'INTERVENTION a montré :

- Des kystes de 5 à 6 cm de diamètre :
 - 4 à contenu séreux ;
 - 1 à contenu hémorragique (*obs. n° 11*).
- L'atteinte ovarienne était bilatérale dans 4 cas.

La résection ovarienne après énucléation a été :

- bilatérale 3 fois ;
- unilatérale 2 fois (dans l'*obs. 10*, l'autre ovaire blanchâtre et micropolykystique a simplement été ponctionné).

- LES EXAMENS POST-OPÉRATOIRES ont été :

1° *D'une part, l'analyse chimique du liquide folliculaire ponctionné*

Peu de mesures directes ont été effectuées dans le liquide folliculaire d'ovaires humains.

Elles n'ont consisté, semble-t-il, qu'en des mesures globales de l'activité œstrogénique, le plus souvent par des tests biologiques.

— LEPAGE, PETIT et coll., en 1952, ont trouvé dans un gros kyste folliculaire d'un nouveau-né de treize jours, 1.300 gamma de folliculine.

— PERLOFF et coll., en 1955, ont trouvé 58 à 250 unités-souris par 100 ml d'œstrogènes dans 3 kystes folliculaires.

— GRANJON, YANNOTTI et CÉDARD, en 1958, ont repris l'étude chimique du contenu de ces kystes :

Etude des œstrogènes

Ils ont mesuré globalement et précisé la proportion respective des trois principaux œstrogènes (œstrone, œstradiol 17-bêta, œstriol) dans 32 kystes folliculaires.

La technique employée a été celle du dosage fluorimétrique en usage dans le laboratoire du Professeur VARANGOT, avec chromatographie sur colonne de célite.

Ils ont constaté les faits suivants :

- La concentration en œstrogènes exprimée en μg d'œstrone varie de 10 à 535 μg par 100 ml avec une valeur moyenne de 149 μg par 100 ml.
- Cette concentration est inversement proportionnelle à la quantité du liquide.
Il semble donc que la quantité d'œstrogènes contenue dans chacun des kystes soit indépendante du volume du kyste (valeur moyenne de la fraction œstrone-œstradiol de 3,9 μg $\pm$ 2,5).
- La présence d'œstradiol 17-bêta est constante à des concentrations élevées puisque la moyenne est de 45,5 μg par 100 ml dans les kystes où le volume liquidien est inférieur à 5 cm^3 .
- La présence d'œstrone est presque constante mais en quantité quatre fois plus faible.
- L'œstriol, que l'on ne considère d'ailleurs pas comme une hormone ovarienne, est absente dans 25 des 32 kystes étudiés.

Etude des 17-cétostéroïdes

Ils ont dosé *dans 6 cas* les 17-cétostéroïdes par la technique de Gardner avec chromatographie et microréaction de Zimmerman.

Ils ont constaté des concentrations allant de 7 μg (40 ml de liquide) à 727 μg (1,5 ml) avec une valeur moyenne de 28 μg par 100 ml.

Là encore, la concentration semble inversement proportionnelle au volume du liquide et la quantité contenue semble à peu près constante : de 2,2 à 10,9 μg (moyenne : 4,5 μg).

Ils n'ont pu, étant donné les quantités assez faibles, vérifier la nature exacte de ces 17-cétostéroïdes par chromatographie sur papier et n'affirment pas qu'il s'agit vraiment de substances androgènes.

Ils rapprochent, cependant, ces constatations des travaux de ZANDER, qui a pu identifier dans des extraits de follicules humains : 17- α -hydroxyprogesterone et Δ -4-androstènedione.

Ils pensent également qu'une partie de la fluorescence de la fraction brute phénolique faible correspond probablement à des stéroïdes intermédiaires entre androgènes et œstrogènes, la quasi-constance de cette fluorescence, quel que soit le volume du liquide, n'étant certainement pas due au hasard.

2° *D'autre part, l'étude histologique du kyste et des tranches ovariennes*

Le kyste est en principe identifié par la présence dans sa paroi qui est mince d'une double enveloppe :

— l'une externe, constituée par la thèque, souvent richement vascularisée ;

— l'autre interne, formée par la granulosa disposée en une ou plusieurs couches et présentant souvent des mitoses multiples.

En fait, le diagnostic histologique n'est pas toujours simple :

— La couche des cellules granuleuses peut être réduite à une simple assise cellulaire plus ou moins aplatie [épithélium de type cylindrique ou cubique (*obs. n° 10*)]. Il devient alors impossible d'affirmer s'il s'agit d'un kyste folliculaire ou d'un kyste séreux banal (NOVAK).

L'histologie des tranches ovariennes ne présente aucune unité ; on retrouve :

— tantôt, des follicules kystiques plus ou moins nombreux (*obs. n° 12*) ;

— tantôt, de nombreux follicules primordiaux et des follicules atrétiques (*obs. n° 10*) ;

— tantôt, une sclérose avec de nombreux corps albicans (*obs. n° 11*).

• LES RÉSULTATS ONT ÉTÉ BONS puisque :

— Les 3 femmes ayant une spanioménorrhée souvent de longue date (*obs. n°s 9, 10, 12*) et non modifiées par la thérapeutique hormonale, ont vu leur cycle régularisé.

— Les deux syndromes douloureux se sont améliorés.

Par contre, la stérilité persiste.

B) *KYSTES PROGESTATIFS*

• Les femmes, dont l'âge moyen était de vingt-neuf ans, sont VENUES CONSULTER POUR :

— Des troubles des règles : 2 cas :

— spanioménorrhée (*obs. n° 14*) ;

— métrorragie (*obs. n° 17*).

— Un syndrome douloureux : 2 cas.

A l'examen clinique, une masse annexielle a été perçue 3 fois.
Nous relevons une cœlioscopie (*obs. n° 15*).

• L'INTERVENTION a montré :

- Des kystes de 5 à 6 cm de diamètre :
 - 3 à contenu hémorragique ;
 - 1 à contenu séreux.
- L'atteinte ovarienne était bilatérale dans 1 cas.

La résection ovarienne partielle après énucléation a été :

- bilatérale : 1 fois ;
- unilatérale : 3 fois.

• L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE DU KYSTE montre en principe des cavités bordées d'un tissu conjonctif néoformé, entourées d'une épaisseur plus ou moins grande de cellules progestatives ayant subi l'imprégnation lutéale.

En fait, le diagnostic histologique n'est pas toujours facile lorsque la dégénérescence graisseuse et fibreuse des cellules lutéales ne permet plus de les identifier.

L'histologie des tranches ovariennes a montré :

- des microkystes folliculaires ;
- des cicatrices de corps jaunes ;
- dans l'*observation n° 14*, une coque scléreuse et épaisse.

• LES RÉSULTATS SONT EXCELLENTS :

- guérison de la spanioménorrhée : cycles longs, réguliers ;
- guérison des deux syndromes douloureux ;
- 3 femmes ont été enceintes dans les suites, dont 2 ont mené plusieurs grossesses à terme.

Dans cette série, nous voudrions insister sur l'*observation n° 17* où de petites métrorragies et l'expulsion d'une caduque avaient fait suspecter le diagnostic de grossesse extra-utérine.

HALBAN a décrit, en 1914, un syndrome clinique de « simili-gravidité ». La réalité de ce syndrome a depuis été contestée par TELINDE et par notre Maître VARANGOT qui pense que la persistance du corps jaune ne peut qu'être due à une grossesse intra-utérine ou extra-utérine, précocement interrompue dans son évolution.

EN RÉSUMÉ :

1° Les kystes fonctionnels sont des kystes non chirurgicaux qu'il ne faut pas, dans la grande majorité des cas, opérer.

L'évolution se fait généralement vers la guérison.

On peut, pour favoriser la transformation progestative d'un kyste folliculaire, prescrire l'administration de gonadotrophines chorioniques.

On peut aussi avoir recours à la ponction par voie vaginale (PORTES et GRANJON). Malheureusement, elle n'est pas toujours facile.

2° Nous pensons que l'intervention est indiquée devant l'évolution nettement progressive des lésions :

- lorsque la taille des kystes atteint celle d'une mandarine et qu'elle ne varie pas au cours du cycle ou d'un cycle à l'autre ;
- lorsqu'ils entraînent des troubles fonctionnels accentués et non améliorés par les traitements hormonaux habituels.

II. — KYSTES DU CORPS JAUNE ET GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Dans l'observation n° 18, un kyste du corps jaune volumineux a été réséqué au cours d'une intervention pour grossesse extra-utérine.

La fréquence de ces kystes du corps jaune dans les grossesses tubaires a été remarquée depuis longtemps par SCHIL et par KRAUL.

KELLER en a trouvé 13 sur 28 grossesses tubaires, et OPITZ, 7 sur 18.

Plus récemment, CLERC-VAUCHER, en 1957, en a publié 3 cas et insiste fort justement sur les problèmes diagnostiques que cette association peut poser au chirurgien.

Elle peut, en effet, donner lieu à des erreurs et faire méconnaître, même à l'exploration du petit bassin, une grossesse ectopique débutante.

Dans 2 cas sur 3, la grossesse tubaire n'était pas visible macroscopiquement. Seule l'expression manuelle des trompes lui a permis de la découvrir.

III. — RÉSECTIONS OVARIENNES ET SYNDROMES ABDOMINAUX AIGUS

Il s'agissait :

- Dans 1 cas, de la *torsion* d'un kyste progestatif (*obs. n° 21*).
- Dans les deux autres cas, de la *rupture de kystes hématisques* :
 - l'un folliculaire (*obs. n° 22*);
 - l'autre progestatif (*obs. n° 23*).

Les complications des kystes fonctionnels et particulièrement les syndromes d'hémorragie interne par rupture de kystes hématisques, folliculaires ou progestatifs, ou par rupture de corps jaune hémorragique, ne sont pas exceptionnels (pas moins de 400 cas publiés).

Ces accidents ont fait l'objet de nombreuses et d'excellentes études :

- De BAUMANN, de MONDOR, de MOCQUOT et de MUSSET (1946).
- Plus récemment :
 - de GRISE et MORTON (1951), qui ont recensé 172 cas de syndromes abdominaux aigus dont l'origine a été vérifiée par l'intervention dans 84 cas ;
 - de FINOTTI (1957) qui a rapporté 14 cas d'hémorragies du corps jaune ;
 - de ROSENTHAL (1960) qui a rapporté 11 cas de rupture de corps jaune hémorragique dont 4 ont donné lieu à un tableau dramatique.

Un certain nombre de traits communs peuvent être dégagés.

1° Il s'agit toujours de *femmes jeunes* : trente et vingt-neuf ans dans nos observations.

2° On retrouve assez souvent à l'origine une *cause déclenchante* :

- soit *coït* (WEIL, SLOAN, ISRAEL, FINOTTI). Ce coït ayant peut-être non seulement une action mécanique, mais surtout une action indirecte en provoquant une stimulation hypophysaire (MOCQUOT et MUSSET);
- soit *examen gynécologique* (GREENHILL, GRISE et MORTON), cause déclenchante que nous retrouvons dans l'une de nos observations (*obs. n° 23*).

3° Les tableaux cliniques sont variables et de gravité fort différente :

- Tantôt, la rupture porte sur un follicule kystique ou un kyste folliculaire à contenu séreux. Les signes de réaction péritonéale s'amendent vite et disparaissent complètement au prix de quelques douleurs pelviennes, de quelques nausées, d'une certaine tension hypogastrique pendant vingt-quatre à quarante-huit heures.
- Tantôt, la rupture intéresse un kyste hémorragique, parfois folliculaire, le plus souvent progestatif, ou un corps jaune hémorragique. Un syndrome d'hémorragie interne se développe alors, plus ou moins rapidement suivant que l'hémorragie est distillante (*obs. n° 23*) ou brutale (*obs. n° 22*). Si la rupture est spontanée, le diagnostic est, suivant les cas :
 - *rupture de grossesses extra-utérines*, ce qui entraîne la même sanction chirurgicale ;
 - *appendicite aiguë*, ce qui est plus défavorable étant donné le caractère de l'incision. GRISE et MORTON, ROSENTHAL ont d'ailleurs insisté sur la fréquence de la localisation des symptômes à droite.

4° Quelle que soit la gravité du tableau clinique, *la chirurgie conservatrice* (énucléation, résection et suture) *suffit toujours à assurer l'hémostase.*

Cette chirurgie n'est pas toujours facile, car les ovaires gros et hémorragiques sont friables et déchirent sous les fils d'hémostase.

EN RÉSUMÉ :

1° Il nous est arrivé souvent de percevoir, au cours d'un examen gynécologique, la rupture d'un follicule kystique en « bulle de savon », ce qui n'est pas grave.

Mais il faut toujours se méfier :

- des kystes de grande taille (orange) ;
- de la possibilité d'un kyste hémorragique ou d'un corps jaune hémorragique.

On doit surveiller la femme assez longuement, au besoin la faire hospitaliser, pour ne pas s'exposer à être appelé d'urgence auprès d'une femme exsangue.

2° *Nos résultats confirment le bien-fondé de la chirurgie conservatrice, puisque nos trois malades ont présenté une grossesse dans les suites.*

IV. — RÉSECTION OVARIENNE PARTIELLE POUR GROS OVAIRES

Portant :

- l'un un follicule kystique ;
- l'autre un corps jaune hémorragique.

— L'intérêt de la première de ces observations (*obs. n° 19*) est, à notre avis, l'existence chez une femme de trente-cinq ans, stérile :

- d'une part, de frottis vaginaux du type androgénique avec présence de cellules des couches profondes et cytolyse permanente ;
- et d'autre part, d'une discrète élévation du taux des 17-céto-stéroïdes neutres totaux (9,6 mg par vingt-quatre heures).

Les tests de freination n'ont pas été effectués.

La stérilité a persisté.

Peut-être est-ce là une de ces formes de dystrophie ovarienne, conséquence d'une petite hyperandrogénie cortico-surrénale, sur lesquelles MAUVAIS insiste dans sa thèse (1960).

— L'intérêt de la deuxième observation (*obs. n° 20*) est la *guérison* des ménorragies et des douleurs chez une femme dont un ovaire portait un corps jaune kystique hémorragique.

V. — DYSTROPHIE OVARIENNE MONOKYSTIQUE ET SYNDROME DE STEIN-LEVENTHAL

Certaines des observations de dystrophie ovarienne monokystique peuvent-elles prendre rang dans le syndrome de Stein-Leventhal ?

Deux observations (obs. n°s 14 et 9) sont troublantes et peuvent au gré des auteurs être classées ou non dans le syndrome de Stein-Leventhal. Ces femmes, âgées de vingt-cinq et vingt-six ans, avaient :

- Une *spanioménorrhée* de longue date, les règles n'apparaissant qu'après traitement hormonal.
- Les *deux ovaires étaient gros*.
- Le résultat de la résection cunéiforme a été *favorable* : installation de cycles réguliers.

Dans l'observation n° 14 :

- Le compte rendu opératoire précise que les ovaires avaient une *coloration blanchâtre*.
- Le compte rendu histologique, que, sous la *coque scléreuse et épaisse*, le *stroma ovarien* contenait des *follicules* dont certains étaient *kystiques*.
- *Deux grossesses* (1953 et 1954) ont suivi de peu l'intervention (1952).

IV — Endométriose ovarienne

Dans 30 cas, une chirurgie plastique et réparatrice des ovaires a été faite pour une *endométriose ovarienne*.

I. — LES CONSULTATIONS

Ces femmes sont venues consulter, le plus souvent :

- Pour un SYNDROME DOULOUREUX : 23 cas, soit 76 % :
 - dysménorrhée et douleurs pelviennes isolées : 9 cas ;
 - association douleurs et stérilité : 9 cas ;
 - association douleurs et méno-métrorragies : 5 cas.

On voit donc que, s'il est des formes dont seule l'intervention permet le diagnostic, ce n'est pas la latence fonctionnelle qui est le propre de l'endométriose ovarienne, mais, bien au contraire, l'intensité des troubles qu'elle détermine (BROCCQ et VARANGOT).

- 14 femmes étaient STÉRILES, soit 46 %, dont 13 âgées de moins de trente-cinq ans.

Ce taux concorde avec celui des autres statistiques :

- COLCOQ et LAMPIER (1950) : 48,6 %.
- SCOTT et TELINDE (1950) : 32 %.
- COUNSELLER et CRENSHAW (1951) : 32,1 %.
- HAYDON (1953) : 38 %.

Cette stérilité était :

- secondaire dans 7 cas ;
- primaire dans 7 cas.

Ce qui n'est en faveur :

- ni de la théorie d'HUFFMAN (1951) pour qui l'endométriose entraînerait souvent une stérilité secondaire ; chaque grossesse favorisant l'essaimage des foyers d'endométriose ;

- ni de la théorie de MEIGS (1960) pour qui l'endométriase serait une conséquence de la stérilité volontaire, du mariage tardif, du contrôle de plus en plus répandu des naissances, ce qui apparaît surtout dans la clientèle privée.

A l'examen, on a perçu une tuméfaction annexielle, gros ovaires ou kystes, dans 17 cas, soit 56 %.

Ceci confirme que les signes physiques sont plus évocateurs qu'il n'est classique de le dire (GRANJON, in *Thèse PELTIER*, notait : deux fois sur trois, un ovaire augmenté de volume et, une fois sur trois, un kyste endométrial).

La *cœlioscopie* est le seul examen complémentaire ayant une réelle valeur diagnostique particulièrement dans les formes non kystiques. Elle révèle souvent la cause :

- d'une dysménorrhée qualifiée essentielle ;
- d'une stérilité à trompes perméables.

PALMER (1953) a trouvé, sur 16 cœlioscopies faites pour de gros ovaires douloureux à recrudescence prémenstruelle, et résistant à la thérapeutique médicale par les androgènes, 2 endométries ovariennes.

JAMAIN, LETESSIER et collaborateurs (1960), sur 14 cœlioscopies faites pour dysménorrhée, ont découvert 2 endométries ovariennes et 1 endométrie d'un des ligaments utéro-sacrés.

II. — L'EXPLORATION DU PELVIS

Elle a montré :

- Dans 21 cas, une ENDOMÉTRIOSE MACROSCOPIQUE.

Nous avons retrouvé les trois formes décrites par COTTE et MATHIEU :

— L'endométriase ovarienne *kystique*, ou kyste endométrial de l'ovaire localisé à un seul ovaire, et souvent isolé sans autre localisation d'endométriase pelvienne (*obs. n° 40*).

— L'endométriase ovarienne *macro-nodulaire* le plus souvent bilatérale et parfois associée à d'autres localisations génitales (*obs. n° 28*).

— L'endométriase ovarienne *micro-nodulaire*, élément d'une endométriase génitale à foyers multiples (*obs. n° 38*).

Parmi ces 21 cas :

- 10 ont été vérifiés histologiquement. Il existait des tubes glandulaires en nombre variable, le plus souvent trois ou quatre, tapissés par un épithélium de type folliculinique et entourés de chorion cytogène.
- 11 n'ont pas été confirmés par l'histologie :
 - 2 fois, une atteinte bilatérale des ovaires ;
 - 5 fois, la présence de localisations multiples autorisent certainement le diagnostic d'endométriose ;
 - 4 fois, il s'agissait de kystes endométriaux.

On sait que ces kystes hémorragiques sont de diagnostic difficile. Toute trace de l'endomètre peut avoir disparu. Dans les cas extrêmes, on ne retrouve même pas l'épithélium du kyste. L'examen histologique ne découvre alors que du sang dans le tissu ovarien et des zones de cellules pseudo-xanthomateuses, grandes cellules phagocytaires chargées de pigments sanguins.

Le contexte clinique et l'évolution après traitement nous ont cependant incités à ranger ces cas dans l'endométriose.

• Dans 9 cas : DES OVAIRES MACROSCOPIQUEMENT NORMAUX, mais l'examen anatomo-pathologique a affirmé le diagnostic d'endométriose.

• CETTE ENDOMÉTRIOSE était :

- Isolée dans 9 cas.
- Associée à d'autres lésions gynécologiques dans 21 cas, soit 70 %.

Il s'agissait :

- de fibrome, 11 cas, soit 36 %, ce qui correspond à la moyenne des statistiques publiées (13 à 57,4 %, PAYNES, HAYDON, COUNSELLER, BENETT) ;
- de rétroversion, 8 cas, soit 26 %, ce qui est supérieur aux autres chiffres rapportés : 9,5 % (SCOTT et TE LINDE) ; 8,0 % (BENETT) ;
- à la fois de fibrome et de rétroversion : 1 cas ;
- de lésions salpingiennes : 3 cas, soit 10 %, ce qui représente le taux habituel : 8 % (BENETT) à 21 % (SCOTT et TE LINDE).

Deux de ces lésions salpingiennes étaient associées à des fibromes.

III. — LES OPÉRATIONS

- CES FEMMES ONT ÉTÉ OPÉRÉES

- Parfois d'emblée.
- Le plus souvent après traitement médical par les androgènes, n'ayant pas apporté les améliorations souhaitées.

Il semble que les guérisons réelles par les traitements hormonaux soient rares et que l'amélioration des symptômes ne résiste pas à l'arrêt du traitement.

On a dit que la thérapeutique hormonale permettait souvent de gagner du temps ; elle permet aussi souvent d'en perdre chez les femmes jeunes, en âge de concevoir (GRANJON).

- LA CHIRURGIE CONSERVATRICE EST SOUVENT DIFFICILE

— Pour être suivie de résultats favorables, elle nécessite l'extirpation « à la demande » du plus grand nombre possible de foyers endométriaux, ce qui n'est pas toujours aisé, d'autant plus que l'absence de limite nette des lésions et le manque de plan de clivage constituent un des caractères anatomiques de ces foyers.

— Les ovaires sont fortement adhérents aux trompes, à la face postérieure des ligaments larges, au cul-de-sac de Douglas, ce qui rend les décollements souvent délicats.

— *Elle n'est pas toujours possible* : la diffusion des lésions, leur localisation sur le rectum ou au voisinage des uretères peuvent entraîner trop de risques.

- LA CHIRURGIE CONSERVATRICE A DONNÉ DE BONNS RÉSULTATS :

- *Sur les douleurs* :
 - 16 guérisons ;
 - 6 améliorations ;
 - 1 échec (obs. n° 30).

Nous avons bénéficié, indiscutablement, d'une série heureuse.

Les résultats sont loin d'être toujours aussi constants.

- *Sur la stérilité* :

Des 14 femmes ayant consulté pour stérilité, 3 doivent être éliminées de la statistique :

- l'une a subi une salpingectomie bilatérale (obs. n° 52) ;

- l'autre avait, à l'hystérosalpingographie, des trompes non injectées (*obs. n° 24*);
- la dernière avait un mari azoospermique (*obs. n° 29*).

Nous avons relevé 4 grossesses dans les 11 stérilités restantes, soit 36,3 % :

- 2, après intervention pour endométriose vérifiée histologiquement, soit 18,1 % (*obs. n°s 25 et 31*);
- 2, dans des cas de kystes endométriaux où l'anatomopathologie n'a pu confirmer le diagnostic (*obs. n°s 39 et 40*).

Ces pourcentages correspondent à ceux publiés dans d'autres statistiques :

- BREWER et MAHER (1954) : 30 %.
- CAVANAGH (1951) : 10 %.
- HUFFMAN (1951) : 49 %.
- MEIGS (1960) : 29 %.

• APRÈS L'INTERVENTION, nous prescrivons, comme traitement complémentaire, des hormones mâles et, récemment, de la méthylœstrénone.

• NOUS N'AVONS OBSERVÉ QU'UNE SEULE RÉCIDIVE (*obs. n° 31*), soit 3,3 %.

MAC FARLANE (1960) écrit qu'une réintervention peut être nécessaire dans environ 5 % des cas, quand l'affection progresse en dépit de l'intervention conservatrice.

Nous sommes réintervenus dans ce cas précis, avec juste raison puisqu'une grossesse a suivi. Habituellement, cependant, nous préférons utiliser la radiothérapie qui évite à la femme une nouvelle intervention.

• LA MISE AU POINT RÉCENTE DES PROGESTATIFS DE SYNTHÈSE TRÈS ACTIFS (éthinyloestrénone) va peut-être donner une orientation nouvelle à la thérapeutique de l'endométriose.

— KISTNER (1958) a utilisé les progestatifs de synthèse dans 58 cas :

- 24 cas traités sans chirurgie, avec 18 succès, 7 échecs ;
- 20 récidives post-opératoires avec 18 succès et 2 échecs ;
- 10 cas, traités systématiquement après chirurgie, avec résultats favorables dans tous les cas.

— LEBHERZ et FOBES (1960) rapportent 112 cas d'endométriose traités par ces progestatifs, dont 60 ont été vérifiés par culdoscopie ou laparotomie.

Sur ces 60 cas, ils ont observé 81,6 % de bons résultats.

— MATHIEU et VILLEDIEU (1960) apportent l'observation de leur premier cas qui était un échec de la chirurgie conservatrice. Le résultat peut être considéré comme satisfaisant.

Cette thérapeutique est certainement utile dans les suites opératoires, systématiquement, ou pour traiter les récidives.

On peut lui reprocher, en l'absence de la chirurgie :

- le manque de contrôle histologique, puisque nous avons vu que même pièces en mains le diagnostic est parfois difficile ;
- l'impossibilité de traiter les lésions associées qui sont si fréquentes.

V — Rétroversions utérines

A l'occasion d'interventions pour *rétroversion utérine isolée ou associée* à d'autres lésions gynécologiques, nous avons découvert *des ovaires d'aspect dystrophique* que nous avons *réséqués* partiellement.

— I —

Nous avons éliminé de ce chapitre :

- 6 cas où la rétroversion accompagnait un *fibrome*. Ces observations font partie de l'étude statistique des résections ovariennes chez les fibromateuses ;
- 3 cas où la rétroversion était associée à des antécédents d'*infection* pelvienne ou à des lésions de salpingite chronique. Ces observations font partie de l'étude des séquelles d'annexites.
- 8 cas où l'intervention a découvert une *endométriose ovarienne*. Ces observations sont incluses dans l'étude des endométrioses ovariennes.

Nous n'avons donc conservé, sur un total de 56 rétroversions utérines, que celles qui étaient *isolées*, ce qui était le cas chez 38 *malades*.

II. — LES CONSULTATIONS

Toutes ces femmes sont venues consulter pour une *symptomatologie fonctionnelle riche*.

- 31 fois, pour un *syndrome douloureux* : dysménorrhée, douleurs lombaires et pelviennes, dyspareunie profonde :
- 23 fois, ces douleurs étaient *isolées* ;
- 9 fois, elles étaient *associées* à des troubles des règles : irrégularité menstruelle, ménorragies, règles traînantes, parfois même métrorragies (8 fois, des troubles des règles étaient mentionnés dans les antécédents, mais non dans la cause de la consultation) ;

- la dyspareunie profonde est mentionnée 9 fois ;
- un syndrome prémenstruel 7 fois.
- 3 fois, pour des troubles des règles isolés.
- 11 femmes enfin sont venues consulter pour une stérilité qui était :
 - primaire dans 3 cas ;
 - secondaire dans 8 cas.

III. — L'EXAMEN CLINIQUE ET L'EXPLORATION DU PETIT BASSIN

Ils ont montré :

— Que l'utérus était rétroversé dans 28 cas et rétrofléchi dans 10 cas.

— Que les ovaires *n'occupaient plus leur place dans la fossette ovarienne*, mais qu'ils étaient situés près de l'utérus dans 3 cas, et prolapsés dans le Douglas dans 15 cas.

— Que les ovaires étaient modifiés 36 fois sur 38 (normaux : 1 cas ; aspect inconnu : 1 cas).

Leur aspect macroscopique était :

- celui d'une dystrophie *monokystique* dans 6 cas ;
- celui d'une dystrophie *polykystique* dans 24 cas (gros ovaires souvent œdémateux, déformés par de nombreux kystes) ;
- celui d'ovaires à *coque épaisse et scléreuse* dans 6 cas.

Ces ovaires étaient adhérents à la face postérieure des ligaments larges ou au fond du cul-de-sac de Douglas, dans 5 cas.

La fréquence de l'association d'une rétroversion utérine et d'une dystrophie ovarienne a été maintes fois signalée.

ZIGLER, de Madrid, en 1951, n'a pas rapporté moins de 100 cas réunissant varicocèle pelvien, dystrophie ovarienne et rétroversion.

Expérimentalement, d'ailleurs, on a pu provoquer une dégénérescence kystique des ovaires chez l'animal par simple prolapsus (WEED et COLLINS).

On ne peut donc nier qu'il existe une relation entre la rétroversion utérine et le prolapsus des ovaires d'une part, l'apparition d'une dystrophie ovarienne d'autre part.

L'étude récente des artères intra-parenchymateuses de l'ovaire par la technique des injections de matière plastique réalisée :

— par REYNOLDS, en 1947, sur les artères propres de l'ovaire chez le lapin ;

— par DELSON, LUBIN et REYNOLDS, en 1948, et par POULHES et GAUBERT, en 1953, sur l'ovaire humain ;

a démontré l'importance du facteur mécanique et circulatoire dans l'apparition de ces dystrophies ovariennes.

Rappelons que ces auteurs décrivent :

— Des artères, dites de *premier ordre*, tortueuses, de calibre irrégulier et qui semblent aplaties dans certaines portions de leur trajet.

Ces segments aplatis correspondent à la traversée du réseau veineux qui les enserme (DELSON).

— De ces artères de premier ordre, naissent des branches spiralées de calibre plus grêle, appelées *artères de deuxième ordre*.

— Une, ou plus rarement, plusieurs artères grêles dites de *troisième ordre*, à spires moins serrées, font suite à chaque artère de deuxième ordre.

— De ces rameaux très fins, naissent les *capillaires périfolliculaires* qui entourent les follicules en s'anastomosant.

REYNOLDS, après injections de gonadotrophine chorionique chez la lapine, a remarqué que les artères spiralées se *déplissent* et perdent leur caractère propre d'enroulement en spirale.

Ces modifications artérielles sont transitoires et diminuent vers le sixième jour.

REYNOLDS a décrit, d'autre part, chez la lapine, des artères redressées, rigides, à proximité des kystes hémorragiques. Cet aspect a été retrouvé par DELSON et par POULHES et GAUBERT dans l'ovaire humain.

REYNOLDS enfin attribue à la *persistance du redressement des artères* la naissance des kystes. Il existerait, en effet, une augmentation de pression relative dans l'artère redressée, ce qui provoquerait des phénomènes de transsudation du vaisseau dans les follicules.

La persistance du redressement des artères pourrait donc résulter :

— soit de l'action des gonadotrophines chorioniques ;

— soit de la compression de l'artère de premier ordre par un réseau veineux dilaté par la stase ou par une infiltration œdémateuse.

IV. — L'INTERVENTION

• L'INTERVENTION N'A ÉTÉ DÉCIDÉE QUE POUR DES RÉTROVERSIONS UTÉRINES :

- *s'accompagnant* de signes fonctionnels intenses ;
- *entraînant*
 - souvent une atteinte de l'état général (l'asthénie est signalée 5 fois) ;
 - parfois un retentissement psychique ;
 - presque toujours une perturbation de la vie sociale ou professionnelle.

Dans ces cas, précisément, on trouve, à l'intervention, de gros ovaires modifiés, qui semblent bien intervenir dans la genèse des douleurs et des troubles des règles.

Nous pensons qu'il faut alors opérer et même opérer assez précocement :

- pour supprimer la stase veineuse et la congestion ovarienne ;
- avant que le processus de sclérose n'ait pris le pas sur les phénomènes congestifs.

• L'INTERVENTION COMPORTE DEUX TEMPS :

a) *Un temps sur l'utérus, sur les ligaments larges et le Douglas quand il y a lieu.*

- Nous réduisons la rétroflexion ou la rétroversion par une intervention d'orientation utérine du type Pellanda, associée à un Pestalozza.
- Nous traitons le prolapsus des ovaires par cloisonnement du Douglas.
- Nous suturons les feuillets postérieurs des ligaments larges lorsqu'ils sont déchirés.

b) *Un temps sur les ovaires.*

Résection ovarienne partielle, uni ou bilatérale. Cette résection a été :

- 22 fois unilatérale,
- 16 fois bilatérale.

La résection unilatérale a porté sur les ovaires qui, au moment de l'intervention, nous paraissaient modifiés, mais rien ne prouve qu'au

cours d'un des cycles suivants la résection ovarienne n'eût pas porté sur l'autre ovaire.

• APRÈS L'INTERVENTION, nous prescrivons parfois comme traitement complémentaire des androgènes non virilisants ou de la méthylœstrérolone.

• RÉSULTATS

Ainsi conçue, cette chirurgie nous a donné de bons résultats.

a) *Les douleurs ont souvent disparu.*

Nous relevons :

- 16 guérisons, soit 51,6 %
- 9 améliorations, soit 29 %
- 3 échecs
- 3 résultats nous sont inconnus.

b) La résection cunéiforme des ovaires n'est pas nocive, et *n'entraîne aucune modification du cycle.*

Bien au contraire, nous relevons :

- 7 guérisons des troubles des règles, 58 % ;
- 4 améliorations, soit 33 % ;
- aucun échec.
- 1 résultat nous est inconnu.

c) *Des grossesses ont été observées après de telles interventions.*

— 8 grossesses au total :

- 3 grossesses chez des femmes n'ayant pas consulté pour stérilité ;
- 5 grossesses sur 11 stérilités : 4 stérilités secondaires, 1 stérilité primaire.

En fait, sur les 11 femmes venues consulter pour stérilité, 2 avaient une endométriose tubaire que l'examen histologique a vérifiée (obs. n^{os} 72 et 74).

Le pourcentage de succès est donc de 55,5 %.

d) Nous avons observé deux ans après une résection unilatérale gauche, pour kyste de la taille d'une orange, *la réapparition d'une masse annexielle gauche*, sensiblement de même taille (obs. n^o 76).

EN RÉSUMÉ

1^o Nous n'avons opéré que les rétroversions utérines *douloureuses* ou *s'accompagnant de troubles menstruels rebelles.*

2° Nous avons trouvé, dans ces cas :

- des ovaires modifiés dans une proportion de 94,7 % ;
- un prolapsus des ovaires dans une proportion de 39,4 %.

3° Ces rétroversions utérines ne représentent qu'une *petite partie des rétroversions qui ont été suivies* et pour lesquelles le simple traitement médical a suffi à guérir ou à améliorer les troubles.

4° La chirurgie réparatrice, associée à la résection ovarienne partielle, a obtenu d'heureux résultats, tant sur les douleurs et les troubles des règles, que sur la stérilité (55,5 % de succès).

On peut objecter que certains auteurs ont obtenu des grossesses après simple cure de la rétroversion.

On ne peut dissocier, à notre avis, ce qui est dû à la cure de la rétroversion utérine et ce qui est dû à l'action sur les ovaires.

Les résultats sont des résultats d'ensemble, de chirurgie plastique et réparatrice.

V. — SYNDROMES PRÉCURSEURS DE STEIN-LEVENTHAL

Quatre observations pourraient peut-être prendre place dans les syndromes précurseurs de Stein-Leventhal.

a) *L'observation n° 65, où nous retrouvons :*

- *La symptomatologie fonctionnelle*
 - *cycles irréguliers avec retard ;*
 - *ainsi que dysménorrhée et syndrome prémenstruel.*
- *L'aspect macroscopique des ovaires*
 - *gros ovaires microkystiques bilatéraux avec coque épaisse et dure.*
- *L'aspect histologique*
 - *corticale épaisse ;*
 - *rangée de follicules primordiaux et de microkystes.*
- *Le résultat*
 - *cycle normal ;*
 - *disparition de la dysménorrhée.*

b) *L'observation n° 63, où nous retrouvons :*

- *La symptomatologie fonctionnelle*
 - *stérilité primaire ;*
 - *irrégularité menstruelle avec retard.*

- *L'aspect macroscopique des ovaires*
 - gros ovaires à coque scléreuse.
- *Le résultat*
 - cycles réguliers ;
 - 2 grossesses, un an et deux ans après l'intervention.

c) *L'observation n° 23*, ou nous retrouvons :

- *La symptomatologie fonctionnelle*
 - irrégularité menstruelle avec retard ;
 - ainsi qu'un syndrome douloureux.
- *L'aspect histologique*
 - albuginée épaisse ;
 - rangée de microkystes.
- *Le résultat*
 - cycles réguliers ;
 - disparition du syndrome douloureux.

d) *L'observation n° 85*, où nous retrouvons :

- *La symptomatologie fonctionnelle*
 - troubles des règles : cycles allongés, irréguliers.
 - ainsi que des douleurs pelviennes.
- *L'aspect macroscopique des ovaires*
 - gros et sclérokystiques.
- *L'aspect histologique*
 - corticale par endroits, scléreuse ;
 - et un follicule kystique.
- *Le résultat*
 - cycles réguliers ;
 - disparition des douleurs.

VI — Fibromes

Nous avons fait 24 résections ovariennes partielles au cours d'*interventions pour fibromes*.

a) Ces résections partielles ont surtout un *intérêt biopsique*. Elles font partie d'un travail comprenant :

- l'histologie des ovaires ;
- l'étude chimique du liquide de ponction des kystes ;
- l'étude histo-chimique de la muqueuse utérine.

b) Elles n'ont que *peu d'intérêt statistique* :

— Replacées dans l'ensemble des interventions pour fibromes, elles ne représentent qu'une *très petite partie* des observations de myomectomie.

— Cette série, déjà peu significative, ne réunit par malchance que des observations dont il est difficile d'interpréter les résultats :

- les femmes avaient un âge moyen de *trente-neuf ans* ;
- 4 ne présentaient aucune symptomatologie fonctionnelle et ne sont venues consulter que pour masse abdomino-pelvienne ;
- des 10 femmes se plaignant de ménorragies : 5 avaient une endométriose ovarienne ; 2 ont été hystérectomisées. Il ne reste donc que 3 résultats à prendre en considération.
- Des 8 femmes stériles, 7 avaient une stérilité d'autre origine : 4 avaient une endométriose ovarienne ; 2 avaient une stérilité d'origine tubaire ; la dernière avait un mari azoospermique.

Les interventions nous ont cependant permis

- DE VÉRIFIER LA NOTION MODERNE DE LA FRÉQUENCE DE L'ENDOMÉTRIOSE OVARIENNE, pour peu que l'on examine tous les ovaires des fibromateuses.

Nous avons constaté :

- 3 endométrioses macroscopiques confirmées par l'examen histologique ;
- 4 endométrioses macroscopiques non confirmées par l'examen histologique ;

— 5 *endométrioses microscopiques dans des ovaires d'aspect normal.*

Au total, 12 cas d'endométriase, soit 48 %.

• DE VÉRIFIER LA NOTION TRÈS ANCIENNE DE LA FRÉQUENCE DE LA DYSTROPHIE OVARIENNE dans les fibromes.

— POPOFF, dès 1890, et BULLIUS, en 1892, soulignaient déjà la fréquence de la sclérose, des follicules kystiques et de l'atrésie folliculaire dans les ovaires des fibromateuses.

— FORGUE et MASSABUAU (1910), KRAUL (1927), sans donner de proportions exactes, confirment cette notion.

— Plus près de nous, CHOMÉ (1938) écrit que la dégénérescence scléro-kystique est presque constante.

— CHALIER (1939) donne une proportion de lésions ovariennes coexistant avec les fibro-myomes de 34 %.

— DUCUING (1946) retrouve cette association dans 24,5 % des cas et conclut :

« Dans un tiers des cas au moins, on peut constater un ovaire scléro-kystique associé au fibrome et cela paraît être autre chose qu'une simple coïncidence. »

Nous avons retrouvé, au niveau de ces ovaires, tous les aspects décrits par FORGUE et MASSABUAU.

— *La forme œdémateuse*, qui serait la plus fréquente, avec de gros ovaires ronds, succulents, sans sillons, et couverts de kystes.

— *La forme scléreuse*, avec ovaires blancs, aplatis, à sillons profonds et petits kystes faisant saillie hors de la corticale.

— *La forme à gros kystes* atteignant parfois sur un des deux ovaires le volume d'une noix.

— *La forme la plus banale* avec ovaires irréguliers, augmentés de volume, bosselés, par des kystes de diverses grandeurs.

Plus simplement, l'ovaire a été trouvé, en dehors des cas d'endométriase :

— gros, œdémateux et polykystiques dans 3 cas (forme œdémateuse, forme banale);

— monokystique dans 5 cas (forme à gros kyste);

— scléreux, à coque épaisse, dans 2 cas;

— 2 ovaires étaient d'aspect normal.

Au total, les ovaires étaient modifiés dans 17 cas sur 24, soit 70,8 % :

— 1 seul ovaire dans 6 cas ;

— les deux ovaires dans 11 cas.

De la fréquence de ces lésions ovariennes, certains auteurs ont voulu faire une preuve de l'origine hyperfolliculinique des fibromes.

Cette théorie a donné lieu à de nombreuses discussions sur lesquelles nous ne pouvons pas nous étendre.

Elles reposent sur des *données expérimentales* (COURRIER et POTVIN, 1926 ; LACASSAGNE, 1935 ; LACASSAGNE, 1935 ; LIPSCHUTZ, 1936 à 1939 ; MORICARD et CAUCHOIX, 1938 ; BIMES, 1945) et sur des *données cliniques* (apparition des myomes en période d'activité génitale, développement de myomes après traitement œstrogénique intempestif, fréquence de l'hyperplasie glandulo-kystique de l'endomètre).

Elle est *controversée* :

- L'hyperplasie glandulo-kystique est inconstante chez les fibromateuses et l'existence de fibromes utérins est loin d'être constante dans les états dits d'hyperfolliculinie (BROCQ et VARANGOT).
- Les récidives sont rares après myomectomie, alors que le terrain reste le même, environ 20 % (BROCQ et VARANGOT).
- Histologiquement, les tumeurs expérimentales ne peuvent être assimilées aux fibromyomes de la femme.

En résumé : il existe toute une gamme d'opinions variées entre NOVAK qui dénie tout rôle précis aux œstrogènes dans la pathogénie des fibromes, WHITERSPOON qui leur fait jouer un rôle déterminant, et notre Maître SEGUY qui distingue les fibromes, maladie locale, qu'il faut opérer, et les fibromes faisant partie du tableau d'une hyperfolliculinie qu'il faut respecter.

• HISTOLOGIE :

a) Les caractéristiques des ovaires des fibromateuses seraient :

- Des images d'atrésie folliculaire multiples chez les femmes jeunes qui saignent (FORGUE et MASSABUAU).
- Un état d'activité fonctionnelle très prononcée avec une glande thécalle très développée (WALLART).
- Souvent, une dégénérescence kystique de certains follicules (KRAUL).
- Le *rete* et le tissu paraganglionnaire du hile seraient également plus développés que d'ordinaire (WALLART).

b) Quant au corps jaune :

- Ce serait, pour Mlle DE JONG, une formation inconstante, mais de dimension et d'aspect histologique normal quand il existe.

- KRAUL, par contre, a été frappé par le grand volume des corps jaunes, rappelant, dit-il, un corps jaune gravidique.
- On retrouve cette notion dans le rapport de MOCQUOT et MUSSET, en 1946, sur les hémorragies ovariennes non gravidiques : la coexistence de kystes hématiques de l'ovaire et de fibromes serait fréquente.
- COHEN-SOLAL (1938), après avoir examiné 20 ovaires appartenant à des fibromateuses, constate que 18 d'entre eux étaient fonctionnels et contenaient des follicules à différents stades et des corps jaunes récents.

Sur 25 coupes d'ovaires que nous possédons, 8 sont inutilisables, le seul renseignement étant : endométriose ovarienne. 17 par contre sont utilisables, quoique très incomplètes.

Il est mentionné :

- 7 fois, la présence de corps jaunes en activité, en régression, ou cicatricielle.
- 2 fois, ces corps jaunes étaient kystiques et hémorragiques.
- 6 fois, la présence de kystes folliculaires et 2 fois de microkystes.
- 4 fois, la présence d'une sclérose corticale.
- 2 fois des atrésies folliculaires.

• NOUS AVONS OBTENU, après myomectomie et résections ovariennes partielles :

- 3 guérisons sur les 3 ménorragies qui pouvaient être rapportées au fibrome et à la dystrophie ovarienne.
- 2 guérisons et 1 échec dans les 4 syndromes douloureux. Une femme n'a pas été revue depuis son intervention.

Nous n'avons observé qu'une seule récurrence sur 20 myomectomies, soit 5 %.

• Dans 2 observations, les ovaires étaient durs, blancs et « couenneux ».

- Ces deux femmes ont été guéries de leurs ménorragies.
- L'une, âgée de trente-deux ans, était stérile et l'est restée, mais l'intervention ne date que de deux ans (1959). Sur le compte rendu opératoire de cette dernière, on note que les ovaires avaient une albuginée épaisse et blanchâtre.

VII — Salpingo-ovarites

Nous avons fait une *chirurgie ovarienne conservatrice associée à une chirurgie tubaire* dans deux circonstances bien différentes :

- d'une part, dans les *séquelles d'annexite* ;
- d'autre part, dans les *salpingo-ovarites aiguës ou subaiguës*.

I. — SÉQUELLES D'ANNEXITE

Dans 11 cas, la résection ovarienne a complété une chirurgie tubaire chez des femmes présentant :

- presque toujours des lésions tubaires à type d'hydrosalpinx ;
- parfois, des antécédents d'infection génitale sans modification macroscopique des trompes.

• Ces femmes, dont l'âge moyen était de *trente et un ans*, sont VENUES CONSULTER :

- Le plus souvent, pour une *stérilité* : 9 cas :
 - primaire dans 6 cas ;
 - secondaire dans 3 cas.

Cette stérilité s'accompagnait :

- de douleurs dans 2 cas ;
- de troubles des règles dans 3 cas ;
- de ces deux symptômes dans 1 cas.
- Très rarement, pour un *syndrome douloureux isolé* : 1 cas.

L'interrogatoire a retrouvé dans les antécédents :

- la notion d'une infection génitale antérieure, dans 2 cas ;
- l'existence d'un avortement dans 4 cas.

Dans ces séquelles fonctionnelles de salpingo-ovarite, paraissent jouer trois facteurs :

a) *La péri-ovarite*, certainement :

Les adhérences inflammatoires issues de la trompe ou du péritoine pelvien forment parfois une véritable coque scléreuse empêchant ou gênant l'ovulation.

L'ovaire est, lui-même, souvent adhérent au péritoine de la face postérieure du ligament large ou du Douglas.

Ces lésions ont été rencontrées, 8 fois, chez nos 11 malades.

PALMER, sur 14 cas de douleurs supposées ovariennes, rapporte en 1953, 5 cas de péri-ovarites liées à une salpingite banale, et, sur 16 cas de gros ovaires douloureux à recrudescence prémenstruelle, 4 cas de péri-ovarites avec salpingite ancienne.

b) Les lésions concomitantes de la trompe, peut-être :

Elles seraient susceptibles de déterminer des anomalies fonctionnelles dans le développement des follicules et des corps jaunes et d'entraîner des troubles endocriniens (BOURG, 1952).

Dans nos observations, les pavillons étaient presque toujours obturés : 10 cas.

Très souvent, existait une hydrosalpinx bilatéral : 5 cas, ou unilatéral : 3 cas.

c) L'atteinte du parenchyme ovarien :

L'infection aiguë de l'ovaire par contiguïté est fréquente. Parfois diffuse, elle est le plus souvent superficielle (NOVAK).

Sous l'influence d'un traitement médical plus ou moins bien conduit, l'infection ovarienne disparaît en même temps que s'apaise l'infection tubaire. Elle peut cependant entraîner, au niveau du parenchyme ovarien, la formation de sclérose, de microkystes ou de phénomènes de vascularite.

C'est ce que MERGER (1951) a proposé d'appeler le *résidu dystrophique des annexites inflammatoires*. Il insiste sur la persistance de douleurs rebelles.

Cette origine infectieuse de la dystrophie ovarienne qu'autrefois on a voulu faire prédominante, sinon exclusive, semble exister dans un nombre de cas limité.

Dans nos observations :

— Les ovaires étaient macroscopiquement :

— normaux dans 3 cas ;

— d'aspect dystrophique dans 8 cas.

Ils étaient alors soit gros et congestifs (4 cas), soit monokystiques (3 cas), soit scléreux (1 cas).

— Ils ne présentaient pas de lésion infectieuse histologique proprement dite.

— Le compte rendu anatomo-pathologique a montré :

— 4 fois, la présence de kystes plus ou moins volumineux ;

- 2 fois, une coque épaisse ;
- 1 fois, un œdème très important (*obs. n° 103*).

Par contre, ces ovaires paraissent fonctionnels puisque la présence de corps jaunes a été signalée 6 fois.

• L'INTERVENTION COMPORTE :

- *Un temps de chirurgie tubaire :*
 - salpingolysis, salpingostomie, 7 fois sur 10 ;
 - salpingectomie unilatérale : 3 fois.
- *Un temps ovarien*, résection ovarienne partielle unilatérale, 6 fois ; bilatérale, 5 fois.

Cette résection a été biopsique lorsque les ovaires étaient normaux, biopsique et thérapeutique lorsque les ovaires étaient dystrophiques.

• LES RÉSULTATS

a) Ils sont *mauvais sur la stérilité*, puisque nous n'avons observé aucune grossesse :

- 6 femmes sur 9, cependant, avaient une courbe d'insufflation post-opératoire satisfaisante ;
- 1 femme n'a pas été revue depuis son intervention.

b) Ils sont *meilleurs sur la symptomatologie fonctionnelle* :

- 1 guérison ;
- 3 améliorations ;
- 2 échecs :
 - l'une de ces femmes (*obs. n° 107*) a présenté, quatre ans après son intervention, un kyste folliculaire de l'ovaire droit, volumineux, qui a été ponctionné ;
 - 1 résultat inconnu.

• UNE FEMME (*obs. n° 102*), dans cette série, avait des ovaires gros et couenneux.

Elle est *venue consulter* pour :

- des ménorragies abondantes ;
- une stérilité secondaire.

L'histologie a montré :

- la présence dans le stroma de nombreux vaisseaux et de deux cicatrices de corps jaunes ;
- l'absence de tout follicule en évolution.

Le résultat de la résection ovarienne partielle bilatérale a été bon :

- amélioration du cycle, 28 jours/4 jours.

II. — SALPINGO-OVARITES AIGUES OU SUBAIGUES

Dans 6 cas, de lésions salpingiennes aiguës ou subaiguës, chez des femmes jeunes (âge moyen : trente-deux ans), nous avons fait : salpingectomies et chirurgie plastique conservatrice de l'ovaire.

- Il s'agissait de lésions tubaires, connues ou non, le plus souvent *réchauffées* par de petites interventions gynécologiques.

Aucune ne présentait un tableau de péritonite généralisée.

L'examen a constaté de volumineuses masses annexielles.

L'interrogatoire a retrouvé, dans les antécédents :

- la notion d'une salpingite antérieure dans 2 cas ;
- l'existence d'avortements dans 1 cas.

- Il existait toujours des LÉSIONS OVARIENNES MACROSCOPIQUES ET MICROSCOPIQUES.

— Dans 5 cas, les ovaires étaient gros, kystiques et hémorragiques.

L'examen histologique a trouvé des *lésions d'ovarite aiguë parenchymateuse non suppurée, interstitielle, diffuse*, se traduisant par l'association d'un œdème généralisé (obs. n° 117), d'une large infiltration leucocytaire à polynucléaires, parfois d'hémorragies en nappe (obs. n° 113).

— Dans 1 cas, l'ovaire était abcédé (obs. n° 118) et l'examen histologique a montré qu'il s'agissait vraisemblablement d'un kyste muqueux infecté.

- LES SUITES OPÉRATOIRES, sous couvert d'antibiotiques, malgré les lésions macroscopiques et microscopiques des ovaires, *ont été très satisfaisantes.*

— Aucune de ces 6 malades n'a présenté dans l'immédiat de suites fébriles prolongées.

— Dans les suites lointaines, les cycles menstruels ont été normaux.

Pendant longtemps, la règle thérapeutique admise par la presque totalité des chirurgiens et des gynécologues, en présence de lésions salpingiennes aiguës, était *l'intervention à froid* sur des lésions ayant perdu toute virulence et ne pouvant être réveillées par le traumatisme chirurgical.

L'intervention à chaud, parfois nécessaire dans les cas de péritonite généralisée, était, à juste titre, redoutée, étant donné la mortalité opératoire (BRICKNER, 1912 ; 54 % de mortalité sur 91 péritonites généralisées des pyosalpinx).

MAZINGARBE (Thèse, 1941), étudiant le problème d'une thérapeutique chirurgicale plus active, préconisait l'*intervention rapide*, après dix à quinze jours de traitement médical, étant entendu que cette conduite déjà adoptée par quelques chirurgiens doit être réservée aux lésions unilatérales, bien limitées, aux pyosalpinx.

Que l'intervention soit faite en urgence, en urgence retardée ou à froid, la technique était, le plus souvent :

- l'annexectomie pour des lésions unilatérales ;
- l'hystérectomie pour des lésions bilatérales.

Les ovaires infectés étaient suspects :

- ROUHIER conseillait de les enlever.
- CHALIER, BROCC et RUDLER conseillaient de les conserver « après quelques retouches, le cas échéant ».

De nos jours :

- Les *anesthésies potentialisées* permettent d'obtenir un relâchement pariétal parfait et un silence abdominal total.
- La *réanimation* permet d'opérer plus longuement des malades en mauvais état général.
- L'*aspiration duodénale*, s'il en est besoin, prévient l'occlusion post-opératoire.
- Les *antibiotiques*, qui ont d'ailleurs considérablement réduit la fréquence des salpingo-ovarites graves, offrent une sécurité plus grande dans le traitement chirurgical d'une infection récente ou ancienne, évitent nombre de drainages et autorisent des interventions conservatrices qu'on ne pouvait, autrefois, raisonnablement tenter.

ROBERT et BOISSIER, dans une statistique de 43 cas pourtant très défavorables de péritonites généralisées de pyosalpinx, en 1959, ne rapportent aucune mort.

EN RÉSUMÉ :

Dans ces annexites aiguës ou subaiguës « réchauffées », chez les femmes jeunes, désirant conserver une possibilité de maternité ou une vie génitale normale :

- l'ovariectomie de nécessité est devenue plus rare ;
- l'ovariectomie de facilité n'a plus d'excuses.

Notre conduite a été la suivante :

- Si l'ovaire est macroscopiquement peu modifié et non adhérent, nous le laissons et nous n'y touchons pas : salpingectomie unilatérale ou bilatérale.
- Si l'ovaire est gros, congestif, adhérent, nous faisons, suivant les possibilités anatomiques et l'importance des adhérences, une chirurgie plastique conservatrice plus ou moins étendue : salpingectomie et résection ou ovariectomie partielle.
- Si l'ovaire est abcédé, nous essayons d'énucléer la poche purulente et de conserver un fragment d'ovaire.

En conclusion

Nous plaçant du point de vue de la symptomatologie fonctionnelle, nous pensons qu'on peut opposer :

- les cas où l'infection pelvienne est traitée efficacement par antibiothérapie et intervention chirurgicale dès qu'elle est indiquée, où les résultats sont souvent bons ;
 - les cas où l'infection pelvienne a été larvée ou simplement atténuée par l'antibiothérapie. On observe souvent dans les suites éloignées des douleurs et des troubles des règles, parfois des réveils infectieux violents après de petites interventions gynécologiques. Ces troubles suffisent à légitimer la chirurgie plastique et réparatrice malgré les résultats très inconstants que l'on peut en espérer sur la stérilité.
-

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS DES RÉSECTIONS OVARIENNES

Nous n'avons jamais observé de complications dans les suites opératoires immédiates.

Nous avons eu connaissance :

- d'une complication grave ;
- de deux récurrences de la dystrophie ovarienne.

1° *La complication grave est survenue quelques mois après une biopsie d'ovaire unilatérale*

Nous relatons intégralement ici cette observation, car elle nous paraît schématique.

Mme Len..., âgée de vingt-six ans, présentait dans ses antécédents un avortement et une intervention pour rétroversion dont la technique avait été une fixation isthmique de l'utérus (1955).

Elle consulte en 1957 pour :

- des douleurs pelviennes ;
- des ménorragies ;
- une stérilité secondaire depuis son avortement.

Les examens complémentaires étaient normaux (glaire, muqueuse utérine, insufflation, spermogramme).

Le 11 juin 1957, on intervient pour défixer l'utérus. On fait une intervention d'orientation utérine du type Pellanda et un Pestalozza.

On prélève à cette occasion un fragment d'ovaire droit.

Histologie :

- 1° Fragment : corticale d'épaisseur normale, nombreux follicules primordiaux. Pas d'anomalie.

2° Fragment : corps jaune au stade de vascularisation.

La malade, améliorée quant à ses douleurs et à ses troubles des règles, part pour un pays étranger.

— Le 9 janvier 1958, soit sept mois plus tard, elle subit une annexectomie gauche pour « volumineux kyste séreux ».

— Le 30 septembre 1958, soit huit mois plus tard, elle subit une hystérectomie subtotale avec annexectomie droite pour volumineux kyste séro-hémorragique de l'ovaire restant, à développement rapide (vingt jours), et hématoçèle.

Histologie :

- *Hématoçèle* : paroi kystique fibro-collagène épaisse, richement vascularisée, à contenu fibrino-hématique infiltré de très nombreuses cellules inflammatoires.
- *Ovaire* : tissu ovarien scléreux extrêmement dense avec de nombreux corps jaunes, les petits cicatriciels, les gros en voie de nécrose, enveloppés dans une coque fibreuse très épaisse, richement vascularisée par de nombreux gros vaisseaux et parsemés de plages hémorragiques. Quelques bordures de paroi kystique de type folliculaire.

Conclusion : « ovarite sclérokystique » et hématoçèle infectée.

En résumé :

- Biopsie de l'ovaire droit.
- Sept mois plus tard, annexectomie gauche pour volumineux kyste ovarien.
- Huit mois plus tard, hystérectomie subtotale avec annexectomie droite pour volumineux kyste séro-hématique et hématoçèle infectée.

De telles complications ont été signalées à plusieurs reprises, en particulier par :

— AMELINE, 1953 (résection polaire unilatérale de l'ovaire droit. Deux mois plus tard, annexectomie. Deux mois plus tard, douleur intense et syndrome d'hyperthyroïdie inquiétant).

— DELANNOY, 1953, qui a réopéré dans l'année qui a suivi plusieurs femmes ayant subi des résections ovariennes.

— ROMAN, 1952, 1955. Cet auteur distingue :

- les cas où la maladie de l'ovaire ne coexiste pas avec un dérèglement hypophysaire (kyste néoplasique de l'ovaire, séquelles dystrophiques des salpingo-ovarites). Les suites seraient alors normales ;
- les cas où la maladie de l'ovaire est associée à un dérèglement de l'hypophyse, soit permanent, comme dans l'« ovarite scléro-kystique », soit passager comme dans les « kystes fonctionnels » folliculaires ou lutéiniques. Les suites, surtout dans le premier cas, seraient troublées « presque à coup sûr par une aggravation sans remède ».

Cette théorie s'appuie sur les expériences de résection partielle du parenchyme ovarien dues à LIPSCHUTZ, à BOURG, à FOURNIE (*Thèse*, 1950), qui démontrent :

- que si la résection ovarienne est généreuse, le fragment est le siège d'une prolongation fonctionnelle kystique des follicules ;
- que l'hypophysectomie empêche l'apparition de ces conséquences pathologiques et que la greffe d'hypophyse les fait réapparaître.

On ne peut alors manquer d'être frappé par les publications de résections ovariennes pour syndromes de Stein-Leventhal (ou étiquetés comme tels) où l'on ne retrouve jamais la notion de danger.

Parmi les travaux récents, où de nombreux cas, de résections ovariennes ont été rapportés, il n'est signalé nulle part de complications :

- PLATE (1957) : 77 résections, aucune complication.
- PERLOFF et coll. (1958) : 7 cas, aucune complication.
- Mme TCHOBROUTSKY (1959) : 22 cas, aucune complication.
- EVANS et RILEY (1960) : 40 cas, aucune complication.
- VIGNALOU, JAMAIN, PLOUIN et LETESSIER (1960) : 6 cas, aucune complication.
- ROUCHY (1960) : 6 cas, aucune complication.

Soit, au total, 168 résections ovariennes avec des suites très souvent bénéfiques, mais jamais regrettables.

Ces résections s'adressaient à vrai dire à des syndromes dont une des caractéristiques assez solidement établie est le *taux normal* de F.S.H. et l'absence apparente de déséquilibre endocrinien.

Encore faut-il remarquer que le taux de F.S.H. n'est pas toujours normal. Sur un total de 63 dosages faits par huit auteurs différents (SCHNEIDER et collaborateurs, PLATE, GREENBLATT, DU TOIT, BUXTON et VAN DE WIELLE, HAAS et RILEY, CERVINO et collaborateurs, INGER-SOLL), on relève :

- 38 taux normaux ;
- 7 taux bas ;
- 12 taux élevés.

Nous-mêmes rapportons 2 observations avec taux de F.S.H. augmenté : dans l'une (*obs. n° 1*), le taux est entre 25 et 50 unités-souris par vingt-quatre heures ; dans l'autre (*obs. n° 4*), le taux est supérieur à 100 unités-souris par vingt-quatre heures.

2° *Les deux récidives de la dystrophie ovarienne ont été les suivantes :*

— L'une, Mme Ami... (obs. n° 107), trente-cinq ans, a subi une résection ovarienne partielle unilatérale droite en 1956.

Elle a présenté en 1960 un kyste folliculaire de l'ovaire droit de volume notable qui a été ponctionné.

— L'autre, Mme Bor... (obs. n° 76), vingt-neuf ans, a subi une résection ovarienne partielle unilatérale gauche en 1958.

Elle a présenté en 1960 une masse annexielle gauche de la taille d'une mandarine.

3° *En conclusion :*

a) Les complications paraissent *plus rares* que divers travaux ne le font redouter :

— 1 complication grave sur 119 résections ovariennes, soit 0,84 % ;

— 2 récidives connues sur 119 résections ovariennes, soit 1,6 %.

b) Elles sont *graves*, car l'issue peut en être la castration d'une femme jeune.

c) La complication grave et les deux récidives sont apparues toutes les trois après résection ovarienne *unilatérale*.

d) Les véritables complications ne seraient peut-être observées que chez les femmes présentant un taux élevé de F.S.H. ou des signes d'hyperactivité hormonale généralisée (petite hyperthyroïdie par exemple).

CHAPITRE V

**RÉSULTATS D'ENSEMBLE
DE LA CHIRURGIE OVARIENNE FONCTIONNELLE**

TABLEAU DES RESULTATS SUR LES DOULEURS

	Nombre de femmes	Gué- rison	Amélio- ration	Echec	Femmes non revues
Endométrioses	23	16	6	1	
Rétroversions	31	16	9	3	3
Salpingo-ovarites :					
— aiguës	3	3			
— chroniques	4		1	2	1
Kystes folliculaires	2		2		
Kystes progestatifs	2	2			
Follicules kystiques	1	1			
Fibromes	4	2		1	1
<i>Total :</i>	70	40 57,1 %	18 25,7 %	7 10 %	5

TABLEAU DU NOMBRE TOTAL DES GROSSESSES

(FEMMES AYANT CONSULTÉ POUR STÉRILITÉ OU NON)

Endométriose	4
Méno-métrorragies de la jeune fille	1
Rétroversion	8
Kystes fonctionnels :	
— Syndrome aigu	3
— Syndrome chronique	3
Syndrome anovulaire des ovaires micropolykystiques	1
<i>Total :</i>	20

(81 femmes mariées de moins de trente-cinq ans)

TABLEAU DES RÉSULTATS SUR LA STÉRILITÉ
(STATISTIQUE GLOBALE)

	Nombre de cas	Grossesses
Endométriose	14 (dont 1 stérilité d'origine masculine et 1 salpingectomie bilatérale)	4
Rétroversion	11 (dont 2 endométrioses tubaires)	5
Salpingo-ovarite chronique	9	
Syndrome abdominal aigu	1	1
Kyste folliculaire	1	
Follicule kystique	1	
Fibrome	1	
Syndrome anovulaire des ovaires micropolykystiques	2	1
<i>Total :</i>	40 stérilités	11 (27,5 %)

Deux statistiques se rapprochent de la nôtre par le nombre de résections pratiquées et par la variété de leurs indications.

- Celle de DUJOVICH, SAPISOCHIN et TYNJANKER, de Buenos-Aires, qui, en 1951, ont publié 69 *résections cunéiformes de l'ovaire*, chez des femmes présentant des troubles de la menstruation.

- Résection isolée chez 22 malades rebelles au traitement médical et qui ne présentaient pas de lésion gynécologique grossière. Sur 16 femmes revues, 8 n'avaient plus aucun trouble, 3 étaient améliorées.

- Résection associée à des interventions diverses (myomec-tomies, salpingectomies, pexies) chez 47 autres, avec 50 % de bons résultats et 30 % d'améliorations.

- Celle de PLATE qui, en 1957, rapporte 77 *résections ovariennes partielles*, faites à l'Université d'Utrecht.

- 72 femmes avaient des troubles de la menstruation : cycles ovulatoires irréguliers, cycles anovulatoires, aménorrhée secondaire ou primaire.

- Sur 66 femmes revues, 36, soit 54 %, eurent après l'inter-vention une menstruation normale et régulière.

- Sur 33 femmes mariées, 7 devinrent enceintes après l'inter-vention, soit 21 %.

TABLEAU DES RÉSULTATS SU

TROUBLES DU CYCLE	Nombre de femmes	Guéri- son	Amélio- rations	ECHEC	Femmes non revues	Nombre de femmes	Gué- son
RÉTROVERSION							
<i>Total :</i>	12	7	4		1		
— Spanioménorrhée							
— Oligoménorrhée	1	1					
— Aménorrhée							
— Méno-métrorragies	6	2	3		1	6	2
— Cycles irréguliers	5	4	1				
MÉNO-MÉTRORRAGIES DE LA JEUNE FILLE	3	2	1			3	2
ENDOMÉTRIOSE							
— Méno-métrorragies	6	4	1	1		6	4
SALPINGO-OVARITE							
— <i>Aiguë :</i>							
— Méno-métrorragies	1	1				1	1
— <i>Chronique :</i>							
<i>Total :</i>	4	1	2	1			
— Méno-métrorragies	2	1	1			2	1
— Cycles irréguliers	2		1	1			
KYSTES FOLLICULAIRES							
<i>Total :</i>	3	3					
— Spanioménorrhée	2	2					
— Cycles irréguliers	1	1					
KYSTES PROGESTATIFS							
<i>Total :</i>	2	2					
— Spanioménorrhée	1	1					
— Méno-métrorragies	1	1				1	1
FOLLICULES KYSTIQUES							
— Ménorragies	1	1				1	1
FIBROMES							
— Ménorragies	3	3				3	3
SYNDROME ANOVULATOIRE DES OVAIRES MICROPOLY- KYSTIQUES							
<i>Total :</i>	4	3	1				
— Aménorrhée	1		1				
— Spanioménorrhée	3	3					
TOTAL	39	27	9	2	1	23	15
		69 %	23 %	5,1 %	2,5 %		65,2 %
							Mé

TROUBLES DU CYCLE

io- n	ECHEC	Femmes non revues	Nombre de femmes	Guéri- son	Amélio- ration	Nombre de femmes	Guéri- son	Amélio- ration	ECHEC
		1	1	1		5	4	1	
	1								
						2		1	1
			2	2		1	1		
			1	1					
			4	3	1				
	1	1	8	7	1	8	5	2	1
%	4,3 %	4,3 %		87,5 %	12,5 %		62,5 %	25 %	12,5 %
MÉNORRAGIES			SPANIO OU AMÉNORRHÉE			CYCLES IRRÉGULIERS			

INTÉRÊT DIAGNOSTIQUE DES RÉSECTIONS OVARIENNES PARTIELLES

Douze fois, soit dans 10 % des cas, les résections ovariennes et l'étude histologique des tranches d'ovaire ont permis de découvrir des lésions microscopiques insoupçonnées.

Il s'agissait :

- 9 fois d'endométriose ovarienne :
 - 3 endométrioses isolées ;
 - 3 endométrioses associées à des fibromes ;
 - 2 endométrioses associées à des rétroversions ;
 - 1 endométriose associée à un fibrome et à une rétroversion.
- 3 fois de kystes néoplasiques de l'ovaire :
 - 1 kyste muqueux (obs. n° 118) ;
 - 1 kyste séreux (obs. n° 71) ;
 - 1 kyste dermoïde (obs. n° 86).

OBSERVATIONS

I — Spanioménorrhées ou Aménorrhées secondaires du type Stein-Leventhal

(Observations n°s 1 à 5)

CAS N° 1

Mme Gui..., trente-quatre ans

ANTÉCÉDENTS

- Gynécologiques :
 - Régée à treize ans.
 - Spanioménorrhée : les règles ne surviennent que 2 à 3 fois par an.
 - Traitements hormonaux variés.

— *Obstétricaux* :

- Un avortement : 1946.
- Deux accouchements : 1948 - 1950.

CONSULTE POUR

- Spanioménorrhée.
- Hypertrichose.

HISTOIRE DE LA MALADIE

En 1957 et 1958 : les règles apparaissent 2 à 3 fois par an, durée 8 jours.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Courbe thermique* : monophasique.
- *Frottis vaginaux* :
 - Taux de cornification et de pycnose très bas.
 - Légère cytolyse.
 - On ne note aucun signe cytologique d'ovulation.
 - L'activité œstrogène semble minime.
- *Métabolisme de base* : normal.
- *Dosages hormonaux* :

24 février 1958 — Laboratoire du Docteur JAYLE :

 - Prénandiol : 2,7 mg/24 h.
 - Folliculine : 10 γ /24 h.
 - F.S.H. : positif limite à 50 U.S./24 h.
 - 17 C.S. : 14,7 mg/24 h.
 - D.H.A. : 2,8 mg/24 h.
 - 17 hydroxycorticoïdes : 7,7 mg/24 h.

29 mars 1958 :

 - F.S.H. : supérieur à 25 U.S./24 h ; inférieur à 50 U.S./24 h.

EXAMEN CLINIQUE (1960)

- Utérus de volume normal.
- Gros ovaires.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES (1960)

Après cycles artificiels pendant six mois.

- *Frottis vaginaux* :
 - Taux de cornification et de pycnose constamment bas.
 - Cycles non nettement biphasés. Il semble cependant qu'il y ait eu une ovulation, aux environs du treizième jour du cycle.

— *Dosages hormonaux :*

- Prénandiol : 1,8 mg/24 h.
- Œstrone - œstradiol : 10 γ /24 h.
- 17 C.S. : 10 mg/24 h.
- F.S.H. : positif à 30 U.S./24 h ; négatif à 60 U.S./24 h.

— *Endomètre :* en début de phase folliculo-lutéinique, prélevé à cette date.

INTERVENTION (17 décembre 1960)

— *Exploration :* utérus et trompes normaux.

- à droite : gros ovaire blanc, laiteux, porcelainé, de la taille d'un œuf de poule ;
- à gauche : ovaire un peu moins gros, de même aspect.

— *Technique :* large résection en quartier d'orange du tiers de l'ovaire à droite et à gauche.

HISTOLOGIE

- Les fragments ont le même aspect.
- La corticale est d'épaisseur normale et contient de nombreux follicules primordiaux.
- Sous cette corticale, on note la présence de nombreux microfollicules kystiques.
- Pas de cicatrice de corps jaune.
- La médullaire est par endroits scléreuse, ailleurs œdémateuse.

RÉSULTATS

- 10 janvier 1961 : décalage thermique.
- 16 janvier 1961 : règles.
- 1^{er} février 1961 : glaire d'ovulation.

CAS N° 2

Mlle Mon..., dix-neuf ans

ANTÉCÉDENTS

- Réglée à dix ans et demi.
- Cycles toujours irréguliers.
- Aucun antécédent gynécologique ni obstétrical.

CONSULTE POUR

- Spanioménorrhée.
- Syndrome prémenstruel.
- Hypertrichose.

HISTOIRE DE LA MALADIE

— *En 1960 :*

- De janvier à avril, aménorrhée.
- En avril, règles normales, durée : 5 jours.
- Du mois d'avril au mois de juin, aménorrhée.
- En juin 1960, règles du 15 au 19.

EXAMEN CLINIQUE

Consultation endocrinologique (Docteur LEPRAT).

- Virilisme pileux important, surtout marqué au niveau des membres inférieurs et sur la ligne ombilico-pubienne. Absence d'acné.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

1° Radiographie de la selle turcique : normale.

2° Dosages hormonaux :

- F.S.H. : entre 10 et 25 U.S./24 h.
- Prénandiol : 2,5 mg/24 h.
- Folliculine : 40 γ /24 h.
- 17-cétostéroïdes : 18,5 mg/24 h.
- D.H.A. : 2,4 mg/24 h.
- 17-O.H.-corticoïdes : 4,8 mg/24 h.

Traitement d'épreuve au cortancyl (dix jours de delta-cortisone à 30 mg par jour).

Sous l'effet du traitement, le taux des 17-cétostéroïdes s'abaisse peu : 11,6 mg.

De plus, on note l'apparition d'hémorragies utérines qui se prolongent plusieurs semaines après arrêt du traitement.

EXAMEN CLINIQUE

- Col utérin sain.
- Utérus bien développé.
- Ovaires non perçus.

CÆLIOSCOPIE

- Trompes normales.
- Gros ovaires, blanc porcelainés.

INTERVENTION (21 septembre 1960)

— *Exploration :*

- Sérosité sanglante dans le péritoine.
- Utérus en antéversion.
- Trompes saines mais grêles, insérées sur le fond utérin, à 1,5 cm l'une de l'autre.
- Ovaires gauche et droit augmentés de volume, porcelainés.

— *Technique :*

Résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

— Ovaires droit et gauche : les deux ovaires sont revêtus par une coque d'épaisseur moyenne au-dessous de laquelle on trouve de nombreux follicules primordiaux.

Le stroma contient plusieurs follicules en évolution et des follicules plissés, dont la thèque et la granulosa semblent actives. On ne trouve pas de corps jaunes cicatriciels.

RÉSULTATS

— *Le 18 octobre 1960* : règles, 28 jours après l'intervention, durée : 6 jours.

— *Le 26 novembre 1960* : douleurs pelviennes à la date de l'ovulation et syndrome prémenstruel. Traitement : Isotyl.

— *Le 4 mars 1961* (consultation Docteur LEPRAT) :

Depuis l'intervention, cycles menstruels parfaitement réguliers de 28 jours, durée 4 jours, abondance normale, règles indolores.

Disparition des douleurs d'ovulation.

Diminution très nette du syndrome prémenstruel.

Dosages hormonaux en phase lutéale (vingt et unième jour) :

— Prégnañdiol : 3,5 mg/24 h, alors qu'il ne dépassait jamais 2 mg auparavant.

— Cependant, persistance d'un taux de 17-cétostéroïdes à 15,2 mg/24 h.

— D.H.A. : 2 mg/24 h.

— Folliculine : 16 γ /24 h.

Malgré une épilation trois mois après l'intervention, les poils repoussent, notamment sur les bras.

Poussée d'acné.

— *Traitements complémentaires :*

— Dectancyl : 0,5 mg par jour.

— Sédatifs.

CAS N° 3

Mme Har..., vingt-deux ans

ANTÉCÉDENTS

— Réglée à treize ans et demi.

— Cycles réguliers : 28 jours/4 jours, jusqu'à quinze ans et demi.

CONSULTE POUR

— Aménorrhée secondaire.

— Stérilité.

HISTOIRE DE LA MALADIE

- *En 1954* : à l'âge de seize ans, aménorrhée secondaire apparue pendant l'été.
- *De 1954 à 1956* : les règles sont provoquées par des traitements hormonaux variés (gonadotrophines, cycles artificiels, lutogyl).
- *En 1956* :

EXAMEN CLINIQUE

- Légère obésité (1,60 m — 56 kg).
- Légère hypertrichose : pilosité péri-aréolaire, sur la ligne ombilico-pubienne, sur la lèvre supérieure.
- Vulve et vagin sains.
- Pas de glaire cervicale.
- Petit utérus.
- Annexes non perçues.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Hystérosalpingographie* :
 - Petit utérus.
 - Cavité normale.
 - Bonne perméabilité des trompes.
- *Frottis vaginaux* :
 - Taux de cornification et de pycnose extrêmement bas.
 - Très légère cytolyse.
 - Conclusion : vaginite atrophique.
- *Muqueuse utérine* :
 - Glandes rares, de très petites tailles, à lumière étroite.
 - Conclusion : endomètre atrophique.
- *Dosages hormonaux* :
 - Prénandiol : 0,93 mg/24 h.
 - Œstrogènes : 45,56 γ /24 h.
 - F.S.H. inférieurs à 25 U.S./24 h.
- *En janvier 1958* :
 - F.S.H. inférieurs à 5 U.S./24 h.
 - 17-C.S. : 20,3 mg/24 h.

INTERVENTION (13 janvier 1958)

- *Exploration* :
 - Petit utérus en antéversion.
 - 5 cm³ de liquide séro-sanguinolent dans le péritoine.
 - Ovaires non augmentés de volume, blanchâtres.
- *Technique* : résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- Nombreux follicules kystiques.
- Des follicules plissés tapissés par une granulosa hyperplasique riche en mitoses.

RÉSULTATS

Règles normales pendant six mois.

— *Le 15 mars 1958* : diminution très nette des 17-C.S. : 6,3 mg/24 h.

— *A partir de juillet 1958* : aménorrhée, reprise des traitements hormonaux (cycles artificiels).

Cette malade a été perdue de vue, mais nous avons eu connaissance d'un accouchement à terme, le 6 février 1961.

CAS N° 4

Mlle D..., trente-cinq ans

(déjà citée dans la thèse de Mme TCHOBROUTSKY)

ANTÉCÉDENTS

- Réglée à dix ans et demi.
- Jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, cycles longs mais à peu près réguliers.

CONSULTE POUR

- Spanioménorrhée.
- Hypertrichose.
- Obésité.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Depuis l'âge de vingt-cinq ans, apparition d'une obésité, d'une hypertrichose, d'une spanioménorrhée progressive.

Les règles s'espacent de plus en plus et surviennent huit fois par an, puis six fois par an, puis quatre fois par an et, en 1957, une seule fois.

La courbe thermique faite à plusieurs reprises a toujours été monophasique.

Traitements hormonaux variés, sans résultats.

Les bilans hormonaux ont montré (laboratoire du Docteur JAYLE) :

— *En décembre 1953* :

- G.B.S. 13 : 18,4 mg/24 h.
- Prénandiol : 3 mg/24 h.
- 17-cétostéroïdes : 10,4 mg/24 h.
- Corticoïdes Gornall : 17 mg/24 h.

— *En décembre 1955 :*

- 3- α -stéroïdes : 25 mg/24 h.
- 17-cétostéroïdes urinaires : 11,2 mg/24 h.
- Folliculine : 40 γ /24 h.
- 17-O.H.-corticoïdes : 5,3 mg/24 h.
- F.S.H. : taux supérieur à 100 U.S./24 h.

— *En janvier 1956, après A.C.T.H. intra-musculaire :*

- 3- α -stéroïdes : 28 mg/24 h.
- 17-C.S. urinaires : 33,2 mg/24 h.
- 17-O.H.-corticoïdes : 31,2 mg/24 h.

Conclusion : l'ensemble des dosages de 1955 et 1956 évoque :

- une absence d'ovulation, avec hypo-œstrogénie des récepteurs ;
- une libération des F.S.H. par insuffisance ovarienne ;
- un degré d'hyperfonctionnement surrénalien réactionnel caractérisé par l'élévation des G.B.S. décalés avec le taux des 17-C.S. ;
- une réponse surrénale à l'A.C.T.H. normale pour les corticoïdes, mais forte pour les 17-C.S., ce qui est nettement anormal.

EXAMEN CLINIQUE

- L'hypertrichose est notable : poils péri-aréolaires sur les cuisses, sur la ligne ombilico-pubienne et quelques-uns au niveau du menton.
- Obésité (80 kg pour 1,57 m).
- Utérus de taille normale.
- Annexes non perçues.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Radiographie de la selle turque* : normale.
- *17-cétostéroïdes urinaires* : 14,5 mg/24 h.
- *Cycle de frottis* : tous ces frottis ont le même aspect ; aspect ressemblant à une phase lutéinique débutante. Il n'existe pas d'image cytologique d'ovulation ; on note une stimulation folliculinique peu importante et permanente. Le taux de cornification est aux environs de 20 %. D'autre part, on note sur toutes ces lames la présence de quelques cellules des couches profondes de type androgénique. Il n'existe pas de cytolysé.

INTERVENTION (14 février 1958)

— *Exploration :*

- Utérus petit.
- Ovaires micropolykystiques de dimensions normales.

— *Technique :*

- Résection ovarienne partielle bilatérale en quartier d'orange.

HISTOLOGIE

— *Ovaire gauche :*

- Fragment constitué par un stroma épais, sclérose corticale nette.

- Très rares follicules primordiaux.
- Un seul kyste de volume modéré avec granulosa dégénérative et pas de thèque.
- Quelques follicules atrophiques.
- Pas de résidu de corps jaune.
- Ovaire surtout composé de stroma, sclérose vasculaire très marquée.
- *Ovaire droit* :
 - Ovaire riche en stroma.
 - Un follicule kystique de moyen volume avec granulosa atrophique et pas de thèque.
 - Deux follicules plissés, l'un en voie de régression, l'autre avec une granulosa active et une thèque en bon état, sans charge lipidique.
 - Un follicule cavitaire avec thèque et mitoses.
 - Sclérose corticale modérée.
 - Pas de résidu de corps jaune.

RÉSULTATS

- Après l'intervention, les règles surviennent régulièrement, mais sans décalage thermique.
- Amaigrissement de 5 kg le premier mois après l'intervention, puis poids stable.
- 17-C.S. urinaires : 15 mg/24 h.

CAS N° 5

Mme Cun..., trente-six ans

ANTÉCÉDENTS

- Réglée à quinze ans.
- Un avortement en 1949.
- Cycles : 28 jours/5-6 jours. Règles d'abondance moyenne.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire depuis dix ans.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus de volume normal.
- Gros ovaires.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Insufflation* (1960) : courbe d'obstruction.
- *Hystérosalpingographie* : quelques passages péritonéaux.

- *Spermogramme* : normal.
- *Frottis vaginaux* :
 - Cycles biphasés.
 - Ovulation entre le seizième et le vingtième jour du cycle.
 - Taux de pycnose et de cornification plus élevé que normalement.

INTERVENTION (21 novembre 1960)

- *Exploration* :
 - Utérus porteur de deux petits myomes sur la face antérieure.
 - Annexes gauches : trompe d'apparence saine avec un pavillon normal. Très gros ovaire dur, de la taille d'une mandarine, avec une coque très scléreuse, contenant un gros kyste liquidien.
 - Annexes droites : trompe normale. Très gros ovaire et surtout coque épaisse, dure comme du bois.
 - Vérification de la perméabilité tubaire par insufflation per-opératoire : passage net à droite.
- *Technique* : résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- *Ovaire droit* : revêtu par une coque scléreuse épaisse contenant de nombreux corps fibreux et quelques follicules kystiques dont la granulosa et la thèque semblent dépourvues d'activité.
- *Ovaire gauche* : l'ovaire gauche présente les mêmes aspects. On y trouve un kyste dont la paroi est tapissée par une assise de cellules endothéliformes.
- *Myome* : fibromyome banal.

RÉSULTATS

Pas de grossesse à ce jour.

* *

II — Méno-métrorragies de la jeune fille

(Observations n^{os} 6, 7, 8)

CAS N^o 6

Mlle Jas..., dix-huit ans

ANTÉCÉDENTS

- Régée à douze ans et demi, en 1951 :
 - *règles normales pendant la première année* : cycle : 28 jours ; durée : 4 à 5 jours ; très abondantes, mais sans caillots, indolores ;

- pas de syndrome prémenstruel ;
- prise de poids de 10 kg.

HISTOIRE DE LA MALADIE

— En 1952 et 1953 :

- Cycles très irréguliers : règles tous les trois mois environ, abondantes, sans caillots.
- A cette époque, on institue un traitement par les androgènes (stérandryl, pendant deux ans).
- Les cycles redeviennent réguliers, mais les ménorragies persistent avec caillots durant huit à neuf jours.
- *Apparition d'une pilosité accentuée : cuisses et ligne blanche.*

— En 1955 :

- Appendicite aiguë. A l'intervention, le chirurgien ne note pas d'anomalie ovarienne droite.
- Arrêt du traitement androgénique.
- Reprise des méno-métrorragies avec caillots.

— De 1955 à 1958 : méno-métrorragies.

- 1955 : la malade se garnit tous les jours. Alitement pendant tout le mois de mars.

— 1957 :

- Régime amaigrissant.
- Traitement hormonal : extraits thyroïdiens, extraits mammaires, progestérone, cycles artificiels.
- Efficacité transitoire.

— 1958 :

- Au mois de mars, hospitalisation pour *curetage*.
 - Au mois de juin : *curetage*.
- Ces deux curetages font cesser les métrorragies pendant un mois, *mais elles reprennent* ensuite de plus en plus abondantes.

CONSULTE POUR (décembre 1958)

Méno-métrorragies persistant depuis six ans.

EXAMEN CLINIQUE

- Obésité : 1,51 m — 60 kg.
- Hypertrophie mammaire.
- Pilosité : ligne blanche et cuisses.
- L'examen gynécologique ne donne aucun renseignement étant donné l'épaisseur de la paroi.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Crase sanguine* : normale (Centre de Transfusion).
- *H.S.G.* : pas d'anomalie. Aspect d'hyperplasie muqueuse.

— *Curetage biopsique :*

- Endomètre d'aspect folliculinique qui est le siège d'une hyperplasie glandulo-kystique partielle.
- Glandes très nombreuses ; certains très dilatées, limitées par un épithélium cylindrique haut où les mitoses sont très nombreuses.
- Stroma dense, contenant de nombreuses artères spiralées.

Après le curetage : arrêt des méno-métrorragies : vingt-huit jours.

— *Dosages hormonaux :*

- *Prégnandiol* : 0,72 mg/24 h.
- *17-cétostéroïdes* : 9,53 mg/24 h.
- *F.S.H.* : entre 5 et 10 unités-souris.

INTERVENTION (mars 1959)

Décision prise devant l'importance des métrorragies pratiquement continues pendant les mois de janvier et février 1959.

— *Exploration :*

- Petit utérus normal en antéversion.
- Ovaire droit présentant un kyste à liquide clair ; ponction : 15 cm³ de liquide.
- Ovaire gauche d'aspect normal.

— *Technique* : résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

— *Ovaire gauche :*

- Fragment revêtu par une coque peu épaisse, au-dessous de laquelle on trouve de très nombreux follicules primordiaux.
- Dans le stroma ovarien, on trouve plusieurs follicules dilatés.
- La granulosa et la thèque sont en régression.

— *Ovaire droit :*

- Les fragments contiennent de nombreux follicules plissés dont la thèque et la granulosa paraissent très actives.

RÉSULTATS (1960)

Amélioration des cycles qui sont réguliers.

Règles durant 5 à 6 jours (premier jour : normal ; deuxième et troisième jours : règles abondantes ; quatrième et cinquième jours : en régression).

Traitement complémentaire par méthylœstrénolone.

CONCLUSIONS

- 1° Méno-métrorragies de la jeune fille ayant débuté un an après l'installation normale des règles.

- 2° Evolution longue de sept ans.
- 3° Traitements hormonaux relevés sur l'observation : androgènes, progestérone, cycles artificiels, extraits thyroïdiens, extraits mammaires.
- 4° Deux curetages notés.
- 5° Résection ovarienne partielle bilatérale.
- 6° Guérison actuelle.

CAS N° 7

Mlle Le Moi..., vingt ans

ANTÉCÉDENTS

- Réglée à quinze ans, en 1948.
- Règles normales pendant cinq ans :
 - cycles : 28 à 30 jours, durée : 6 à 8 jours ;
 - règles un peu abondantes ;
 - pas de syndrome prémenstruel.

HISTOIRE DE LA MALADIE

- *En juin 1951* : installation de phases d'aménorrhée entrecoupées de règles normales :
 - aménorrhée de deux mois (juillet-août 1951) ;
 - règles normales (septembre-octobre-novembre 1951) ;
 - aménorrhée en décembre 1951.
- *En janvier 1952* : apparition d'hémorragies abondantes avec caillots :
 - les pertes sont quotidiennes ; les métrorragies ne s'arrêtent que pendant trois ou quatre jours au maximum ;
 - aucune douleur.
- Hormonothérapie mâle, sans effet : persistance des méno-métrorragies.
- *En 1953* : les méno-métrorragies continuent :
 - *en septembre* : hospitalisation pour curetage. L'examen histologique de la muqueuse utérine montre un endomètre folliculinique présentant une légère hyperplasie glandulaire à tendance microkystique ;
 - *de septembre à décembre* : les hémorragies d'abondance moyenne avec petits caillots durent de dix jours à un mois ou plus, avec arrêt de loin en loin, de cinq, dix ou quinze jours au plus. Prescription de gonadotrophines chorioniques.

CONSULTE POUR (janvier 1954)

- Méno-métrorragies persistant depuis trois ans.

GYNÉCOGRAPHIE

— Gros ovaires.

INTERVENTION (mars 1954)

— *Exploration* :

— Utérus en antéversion.

— Pavillons tubaires normaux.

Gros ovaire droit de la taille d'une mandarine.

— Ovaire gauche plus petit, micropolykystique.

— *Technique* : résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

— Fragment d'ovaire (non précisé) contenant deux kystes folliculaires entiers et une partie d'un troisième.

— Nombreux follicules primaires.

— Ovaires micropolykystiques.

RÉSULTATS

— *Guérison* : cycles réguliers.

— Ultérieurement, *accouchement* à terme d'un enfant vivant.

CONCLUSIONS

1° Méno-métrorragies de la jeune fille ayant débuté trois ans après l'installation normale des règles.

2° Evolution longue de trois ans.

3° Traitements hormonaux relevés sur l'observation : androgènes, gonadotrophines chorioniques.

4° Un curetage noté.

5° Résection ovarienne partielle bilatérale.

6° Guérison. Une grossesse ultérieure.

CAS N° 8

Mlle Sta..., vingt-deux ans

ANTÉCÉDENTS

— Réglée à quatorze ans, en 1949, vraisemblablement après traitement hormonal.

— Installation, *presque immédiate*, des méno-métrorragies :

— les cycles sont irréguliers ;

- les règles, lorsqu'elles surviennent, sont abondantes ;
- elles sont toujours très douloureuses.
- Cette jeune fille subit des traitements hormonaux, non précisés :
 - tantôt, pour provoquer les règles ;
 - tantôt, au contraire, pour arrêter l'hémorragie.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Les méno-métrorragies se poursuivent de 1950 à 1957, avec des épisodes :

- *d'aggravation* entraînant une anémie sévère et nécessitant transfusions sanguines et curetages, particulièrement en 1951, 1953, 1955. Leur gravité fait envisager, en 1955 puis en 1957, le traitement radiothérapique ;
- *d'amélioration* sous l'influence de traitements hormonaux variés constitués essentiellement par la progestérone et les androgènes. Les cycles sont alors réguliers, mais les règles sont toujours abondantes avec caillots et durent dix jours.

Pendant cette longue période, nous avons connaissance de plusieurs examens complémentaires :

- *L'examen hématologique* n'a jamais montré d'anomalies de l'hémostase.
- *Les frottis vaginaux* ont montré un taux de cornification extraordinairement important (1951-1955).
- *La biopsie de l'endomètre* a montré un aspect d'hyperplasie glandulo-kystique (1951, 1955, 1957) :
 - stroma dense ;
 - glandes très nombreuses et souvent kystiques ;
 - tubes glandulaires présentant plusieurs assises cellulaires, nombreuses mitoses, aucune ébauche de signes sécrétoires.

CONSULTE POUR (1957)

Méno-métrorragies persistant depuis huit ans.

INTERVENTION (mai 1957)

- *Exploration* :
 - Utérus de taille moyenne, en antéversion, présentant un nodule au niveau de la corne droite (moitié sur la corne utérine, moitié sur la trompe qui est très grêle, filiforme).
 - A droite : ovaire de la taille d'une prune, blanchâtre, à *coque épaisse*.
 - A gauche : ovaire *dur, scléreux*, épais.
- *Technique* :
 - Ponction de l'ovaire droit kystique : 8 cm³ de liquide citrin.
 - A droite : ovariectomie, ablation de la poche kystique, résection ovarienne partielle.
 - A gauche : résection ovarienne partielle, coque très épaisse et très dure.

- Dissection du noyau de la corne utérine droite, de la taille d'une noisette, amenant l'ouverture de la cavité. Curetage. Suture de la corne.

HISTOLOGIE

1° Ovaires :

- droit : corticale d'épaisseur normale, très scléreuse, contenant de nombreux follicules primordiaux. On note la présence de quelques glandes endométriales d'aspect folliculinique et entourées de chorion cytogène : *endométriase ovarienne* ;
— gauche : fragment ayant le même aspect. *Endométriase ovarienne*. Corticale d'épaisseur normale, très scléreuse. Nombreux follicules primordiaux.

2° Endomètre :

- glandes de taille normale en phase folliculinique.

3° Corne utérine :

- ce fragment contient de nombreuses glandes endométriales de grande taille, mais non kystiques, en phase folliculinique : *endométriase de la corne utérine*.

CHIMIE DU LIQUIDE DE PONCTION FOLLICULAIRE

- Dosage des œstrogènes sur 8 cm³ de liquide :

— œstrone : 7,2 γ /10 cm³ ;

— œstriol : 1,5 γ /10 cm³.

Ces valeurs obtenues semblent plus élevées que dans la plupart des autres dosages obtenus par GRANJON, YANNOTTI et CÉDARD, sur 32 cas (1958).

RÉSULTATS

- 1° Amélioration après intervention pendant quatorze mois. Règles régulières, très peu abondantes.
2° Nouvel épisode métrorragique en août 1958, sans gravité. Hyperplasie glandulo-kystique (curetage biopsique).
3° Nouvelle amélioration qui persiste en 1959 et 1960, sous l'influence de la méthylœstrénolone.

CONCLUSIONS

- 1° Ménométrorragies de la jeune fille ayant débuté dès l'installation des règles.
2° Evolution longue de huit ans.
3° Traitements hormonaux relevés sur l'observation : androgènes, progestérone.
4° Trois curetages notés.
5° Résection ovarienne partielle bilatérale, ayant révélé une endométriase ovarienne bilatérale. Traitement post-opératoire par la méthylœstrénolone.
6° Nette amélioration des cycles. Pas de grands épisodes hémorragiques.

* *

III — Kystes "fonctionnels" de l'ovaire

(Observations n^{os} 9 à 23)

CAS N^o 9

Mme Pet..., vingt-six ans

ANTÉCÉDENTS

- Réglée à quatorze ans.
- Cycles irréguliers : de 1 à 6 mois. Durée : 8 jours. Traitement par benzo-gynœstryl et lutogyl. Dès l'arrêt du traitement, reprise des troubles.
- Mariée à vingt et un ans. Grossesse immédiate : accouchement normal. Pas d'avortement.
- Pendant l'allaitement, cycles réguliers, 28, 30 jours/5 jours.
- Après l'allaitement, réapparition de cycles irréguliers ; le traitement est repris.

CONSULTE POUR

- Spanioménorrhée ; retard de cinq semaines à un mois.
- Syndrome prémenstruel douloureux.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Frottis* (1953) :
 - Hyperfolliculinie en plateau (taux d'éosinophilie et de caryopycnose élevés).
 - Traitement par la gonadotrophine chorionique.
- *Gynécographie* :
 - Gros ovaires.
 - Kyste de l'ovaire droit.

INTERVENTION (1954)

- *Exploration*.
 - Utérus normal.
 - Kyste de l'ovaire droit, du volume d'une mandarine, à liquide séreux clair.
 - Gros ovaire gauche.
- *Technique* : résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- *Ovaire droit* :
 - Un fragment contient un kyste folliculinique d'une assez grande dimension, limité par deux couches de cellules granuleuses.

- Le stroma est scléreux.
- Un autre fragment contient un segment de corps jaune jeune au stade de vascularisation.
- *Ovaire gauche* :
 - Contient à sa périphérie cinq petits kystes folliculaires limités par deux rangées de cellules. Ovaire micropolykystique.

RÉSULTATS

- 1956 : retard de un à dix jours. A l'examen : deux gros ovaires.
- 1958 : guérison fonctionnelle. Cycles réguliers : 26 à 29 jours.

CAS N° 10

Mme Hum..., vingt-quatre ans

ANTÉCÉDENTS

- Réglée à quatorze ans.
- Un avortement en 1955.

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée.
- Cycles irréguliers : 35 à 40 jours.
- Syndrome prémenstruel.
- Traitée sans résultat par les androgènes et la progestérone.

EXAMEN CLINIQUE

Kyste de l'ovaire droit de la taille d'une orange.

INTERVENTION (1960)

- *Exploration* :
 - Petit utérus antéversé.
 - Gros ovaire droit kystique, de la taille d'une mandarine.
 - Ovaire gauche un peu gros, blanchâtre et micropolykystique.
- *Technique* :
 - Ponction et résection ovarienne partielle droite.
 - L'ovaire gauche est simplement ponctionné.

HISTOLOGIE

- 1° La paroi du kyste est formée par un épithélium cylindrique dont les cellules sont unistratifiées et ne présentent aucune végétation. Dans le stroma, deux petits follicules kystiques.

- 2° Autre fragment : corticale d'épaisseur normale avec de nombreux follicules primordiaux et plusieurs follicules atrétiques à différents stades de leur évolution.

RÉSULTATS

- 1° Diminution des douleurs.
2° Cycle allongé mais régulier.

CAS N° 11

Mme Fra..., trente-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Appendicectomie.
— Cycles : 25 à 26 jours/3 jours.

CONSULTE POUR

- Douleurs à type de dysménorrhée et douleurs lombaires.

EXAMEN CLINIQUE

- Masse annexielle droite.

INTERVENTION (1949)

- *Exploration* : utérus normal.
— Côté gauche : ovaire en position basse et postérieure, fixé à la paroi par des adhérences très solides. Trompe libre et perméable.
— Côté droit : trompe perméable. Sur la face postérieure près du pavillon, petit kyste de la taille d'une noisette. Ovaire très gros, kystique, hémorragique.
— *Technique* : résection ovarienne bilatérale.

HISTOLOGIE

- Kyste folliculaire.
— On voit un fragment ovarien scléreux contenant de nombreux *corpus albicans*.

RÉSULTATS

- Amélioration des douleurs.

CAS N° 12

Mme Gor..., trente et un ans

ANTÉCÉDENTS

- Une grossesse en 1954.

CONSULTE POUR

- Cycles irréguliers, allongés.

EXAMEN CLINIQUE

- Kyste de l'ovaire droit.

INTERVENTION (1960)

- *Exploration* : utérus normal.
- Trompes normales.
- Ovaire gauche normal.
- A droite : kyste folliculaire de la taille d'une petite orange.
- *Technique* : ponction et résection du kyste de l'ovaire droit.

HISTOLOGIE

- Le stroma ovarien contient des follicules primordiaux, un follicule primaire, deux follicules kystiques et des cicatrices de corps jaune.
- Pas d'endométriase.

RÉSULTATS

- Cycle normal : 25 jours/4 jours.

CAS N° 13

Mme Bed..., trente-deux ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycles : 25 jours/8 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire : deux ans.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Hystérosalpingographie* : utérus petit, normal ; trompes injectées, passage péritonéal.

- *Biopsie de l'endomètre* : normale.
- *Spermogramme* : normal.
- *Glaire* : présentant une cristallisation typique.
- *Coelioscopie* : annexes prolabées ; insufflation : passages à gauche, voiles à droite.

INTERVENTION (1956)

- *Exploration* :
 - A gauche : ovaire présentant un kyste folliculaire.
 - A droite : ovaire paraissant plus scléreux.
 - Deux petits kystes tubaires gauches.
- *Technique* : résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- Corticale normale.
- Nombreux follicules primordiaux.
- Dans le stroma : un follicule primaire sans ovule.
- Pas d'anomalie.

RÉSULTATS

- Stérilité persistante.

CAS N° 14

Mme Fau..., vingt-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Réglée à seize ans : un jour.
- A dix-sept ans : règles tous les six à neuf mois. Traitée par œstrogènes et progestérone.

CONSULTE POUR

- Spanioménorrhée avec période d'aménorrhée.

EXAMEN CLINIQUE

- Kyste de l'ovaire droit.

INTERVENTION (mars 1952)

- *Exploration* : petit utérus antéversé.
 - A droite : gros ovaire kystique de la taille d'une mandarine ; kyste à contenu hémorragique.

- A gauche : l'ovaire paraît augmenté de volume et a la même coloration blanchâtre que du côté droit.
- *Technique* : résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- Premier ovaire : montre en surface une coque scléreuse et épaisse. Le stroma ovarien dense contient des follicules peu nombreux dont certains sont kystiques.
- Deuxième ovaire : un corps jaune hémorragique en voie de régression.

RÉSULTATS

- Octobre 1952 : cycles réguliers.
- Deux accouchements : 1953 et 1954.
- Un avortement en 1960.

CAS N° 15

Mme Pet..., trente ans

ANTÉCÉDENTS

- Néphropexie en 1956.
- Appendicectomie.
- Cycles : 26 à 28 jours/6 à 7 jours, réguliers.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Examen du col* : cervicite.
- *Frottis* : activité œstrogène semblant minime.
- *Hystérosalpingographie* : cavité normale. Passage péritonéal.
- *Cœlioscopie* : utérus de taille normale ; trompes normales ; ovaire droit un peu gros.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* : utérus normal.
- Trompes normales.
- Gros ovaire droit avec kyste hémorragique.
- *Technique* :
 - Résection du kyste de l'ovaire droit.
 - Résection du nerf présacré.
 - Sympathectomie iliaque externe.

HISTOLOGIE

- Ovaire : le fragment contient un corps jaune en phase de régression et des follicules kystiques.

RÉSULTATS

- Disparition des douleurs.

CAS N° 16

Mme Obe..., trente-deux ans

ANTÉCÉDENTS

- Deux accouchements : 1945, accouchement normal ; 1947, accouchement par césarienne pour placenta praevia.
- Trois avortements : 1949, 1950, 1955.
- Cycles : 30 jours/1 jour.

CONSULTE POUR

- Dyspareunie.

EXAMEN CLINIQUE

- Kyste de l'ovaire droit.

INTERVENTION (1956)

- *Exploration* :
 - Utérus de volume normal.
 - Trompes normales.
 - Ovaire gauche normal.
 - A droite : kyste progestatif de l'ovaire, de la taille d'une mandarine.
- *Technique* : résection du kyste et d'une partie de l'ovaire droit.

HISTOLOGIE

- Un fragment est formé par un corps jaune jeune au stade de vascularisation.
- Un fragment à stroma normal : quelques follicules primordiaux, des cicatrices de corps jaune, des microkystes folliculaires.

RÉSULTATS

- Grossesse en 1957 : opération césarienne.
- Guérison de la dyspareunie.

CAS N° 17

Mme Cap..., vingt-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycles : 28 jours/4 à 5 jours.
- Mariée depuis deux ans.

CONSULTE POUR

- Expulsion d'une caduque.
- Petite métrorragie.

EXAMEN CLINIQUE

- Masse annexielle gauche.
- Diagnostic : grossesse extra-utérine ou kyste de l'ovaire.

INTERVENTION (1954)

- *Exploration* :
 - Utérus de taille normale.
 - Annexes droites saines.
 - A gauche : kyste de l'ovaire hémorragique de la taille d'une petite mandarine.
- *Technique* : résection du kyste et résection partielle ovarienne gauche. Pesta-lozza.

HISTOLOGIE

- La cavité du kyste est limitée par un épithélium endothéliforme.
- Stroma ovarien normal. Il contient de nombreuses cicatrices de corps jaune.
- Pas de follicule en évolution.

RÉSULTATS

- Deux grossesses ayant abouti à des avortements : 1955.
- Puis, deux grossesses menées à terme : 1957 et 1958.

CAS N° 18

Mme Dev..., trente-quatre ans

INTERVENTION (1959)

- Syndrome abdominal aigu.
- *Exploration* :
 - Sang et caillots dans le péritoine.
 - Utérus de taille normale, un peu mou.

- A droite : kyste de l'ovaire de la taille d'une mandarine.
- A gauche : grossesse extra-utérine implantée sur le pavillon.
- *Technique* :
 - Salpingectomie gauche.
 - Enucléation du kyste droit.

RÉSULTATS

- Volumineux corps jaune kystique.

CAS N° 19

Mme Del..., trente-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycles à 24-28 jours/3 jours.
- Règles normales.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire : quatre ans.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Frottis vaginaux* (1958) : pas de variations hormonales établies. Tendance hypo-œstrogénique. Pas de signe d'ovulation décelable.
- *Spermogramme* (1958) : normal.
- *Biopsie d'endomètre* (1959) : phase folliculo-lutéinique, prélevée à cette date.
- *Cœlioscopie* (1960) :
 - Utérus normal.
 - Trompe droite oblitérée au pavillon.
 - Trompe gauche normale : passage de billes.
 - Ovaires normaux.
- *Frottis* (1960) : le cycle n'est pas nettement biphasé. Il se pourrait qu'il y ait une ovulation entre le quinzième et le dix-neuvième jour.
 - Taux de cornification et de pycnose très bas.
 - Cytolyse permanente.
 - On note sur tous les frottis des cellules des couches profondes dites « androgéniques ».
 - Légère hyperandrogénie.
- *Dosages hormonaux* (1960) : ils montrent un cycle ovulaire de 28 jours, avec élimination normale tant en phase folliculaire qu'en phase lutéale, où il existe un corps jaune. 17-cétostéroïdes : 9,6 mg/24 h.

- *Insufflation* (1960) : scapulalgie.
- *Glaire cervicale* (1960) : filante, claire ; au onzième jour, cristallisation en feuilles de fougères.

INTERVENTION (1960)

- *Exploration* :
 - Utérus normal, présentant deux noyaux fibreux, de la taille d'un pois, sur la face antérieure et sur la face postérieure.
 - A gauche : trompe normale, ovaire normal.
 - A droite : présence d'un follicule kystique sur l'ovaire. Ponction. Pavillon légèrement adhérent à l'ovaire.
- *Technique* :
 - Ponction du kyste de l'ovaire droit.
 - Salpingolysis.
 - Résection ovarienne partielle.

HISTOLOGIE

- La corticale est d'épaisseur normale.
- On note quelques follicules primordiaux et un follicule kystique.

RÉSULTATS

- Stérilité persistante.

CAS N° 20

Mme Le C..., trente et un ans

ANTÉCÉDENTS

- Un accouchement.
- Cycles : 33 jours/6 jours.

CONSULTE POUR

- Ménorragies.
- Douleurs pelviennes.
- Leucorrhée.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Biopsie d'endomètre* : phase sécrétoire prémenstruelle.
- *Cœlioscopie* :
 - Utérus normal.
 - Annexes normales.
 - Appendice pelvien paraissant fixé à la face postérieure du ligament large.

INTERVENTION (1955)

— *Exploration* :

- Annexes normales.
- Gros ovaire (côté non précisé), avec un follicule hémorragique.

— *Technique* :

- Appendicectomie.
- Résection ovarienne partielle unilatérale.

HISTOLOGIE

- 1° Appendicite chronique.
- 2° Fragment d'ovaire : corps jaune au stade de vascularisation.

RÉSULTATS

- 1957 : disparition des douleurs. Cycle régulier.
- 1959 : réapparition de quelques douleurs bilatérales, huit à dix jours avant les règles.

CAS N° 21

Mme Che..., vingt-huit ans

ANTÉCÉDENTS

- Un accouchement par césarienne en 1947.

CONSULTE POUR

- Syndrome abdominal aigu (1948).

EXAMEN CLINIQUE

- Masse annexielle occupant tout le cul-de-sac de Douglas, très douloureuse.

INTERVENTION

- *Exploration* : kyste de l'ovaire gauche, de la taille d'une orange, tordu et bloqué dans le Douglas, sans adhérences.
- *Technique* : résection du kyste.

HISTOLOGIE

- Il s'agit d'un kyste monoloculaire rempli par un liquide séro-hématique.
- La paroi du kyste est tapissée par une membrane fibreuse feuilletée dépourvue d'épithélium.

- Dans l'épaisseur de la paroi, on constate une couche ininterrompue de cellules lutéiniques.
- Kyste du corps jaune.

RÉSULTATS

- Une grossesse.

CAS N° 22

Mme Le G..., trente ans

ANTÉCÉDENTS

- Une grossesse : accouchement à sept mois, enfant décédé.
- Un avortement.
- Aucun enfant vivant.
- Cycle : 27 jours/3 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire.

EXAMEN CLINIQUE

- Constatation d'un kyste de l'ovaire droit.

INTERVENTION (1958)

- Syndrome abdominal aigu.
- *Exploration* :
 - Présence de sang dans la cavité.
 - Trompes intactes.
 - Kyste folliculaire rompu de l'ovaire droit.
- *Technique* : résection ovarienne partielle unilatérale.

HISTOLOGIE

- Kyste folliculaire.
- Corticale d'épaisseur normale.
- Quelques follicules primordiaux (zone sous-jacente).
- Deux follicules atrétiques dans le stroma.

RÉSULTATS

- Grossesse en 1960.

CAS N° 23

Mme Ben..., vingt-neuf ans

ANTÉCÉDENTS

- Deux accouchements : 1953 et 1954.
- Cycles très irréguliers, tantôt courts : 15 jours, tantôt longs : 40 jours.

CONSULTE POUR

- Troubles des règles : irrégularité menstruelle.
- Douleurs pelviennes.

EXAMEN CLINIQUE (29 octobre 1957, à 10 heures)

- Utérus en rétroflexion, douloureux.
- Découverte d'un kyste de l'ovaire droit, qui se rompt au cours de l'examen.

INTERVENTION (30 octobre à 1 heure)

- Signes d'hémorragie intra-péritonéale.
- *Exploration* :
 - Sang liquide et caillots dans la cavité.
 - Annexes gauches normales.
 - Trompe droite normale.
 - Kyste de l'ovaire droit rompu, de la taille d'une mandarine, semblant présenter un corps jaune.
- *Technique* : résection ovarienne partielle.

HISTOLOGIE

- Cavité kystique présentant un épithélium de bordure endothéliforme.
- Œdème sous-jacent.
- Un corps jaune.

SUITES

- 1958 : un accouchement à terme.
- 1959 : consulte pour : rétroversion utérine, douloureuse ; irrégularité menstruelle, avec retard.

INTERVENTION (1959)

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé.
 - Annexes en position postérieure.
 - Ovaire gauche micropolykystique.

— *Technique :*

- Résection ovarienne bilatérale.
- Hystéropexie (Pellanda).
- Cloisonnement du Douglas.

HISTOLOGIE

- *Albuginée épaisse.*
- Deux follicules primordiaux dans la corticale.
- On trouve des *microkystes* limités par plusieurs rangées de cellules folliculeuses qui présentent des signes de dégénérescence : follicules atrétiques vraisemblables.
- Une cicatrice de corps jaune.

RÉSULTATS

- Cycles réguliers, durée 4 jours.
- Utérus bien fixé.
- Guérison.

* *

IV — Endométriose ovarienne

(Observations n^{os} 24 à 52)

CAS N^o 24

Mme Vat..., vingt-six ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 23 jours/5-6 jours.
- Un accouchement.

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée secondaire (trois ans).
- Stérilité secondaire (deux ans).

EXAMEN CLINIQUE

- Gros ovaire droit.

H.S.G.

- Trompes non injectées.

INTERVENTION

— *Exploration* :

- Endométriose pelvienne, foyers dans le Douglas et inter-vésico-utérins.
- Gros ovaire droit avec kyste hématique.
- Gros ovaire gauche (prune), plusieurs foyers endométriaux.

— *Technique* : chirurgie ovarienne plastique bilatérale.

HISTOLOGIE

- Endométriose ovarienne bilatérale.

RÉSULTATS

- Disparition des douleurs.
- Stérilité persistante.

CONCLUSION

- Dysménorrhée et stérilité secondaires.
- Endométriose ovarienne bilatérale.
- Guérison de la dysménorrhée.
- Persistance de la stérilité, mais trompes non injectées.

CAS N° 25

Mme Ang...

ANTÉCÉDENTS

- 1943 : avortement de deux mois.
- 1945 : avortement de deux mois.
- 1946 : accouchement normal à terme.
- 1947 : avortement de deux mois et demi.
- 1948 : avortement de trois mois.
- 1950 : découverte d'une malformation utérine. Opération de Strassman. A cette occasion, on vérifie que les annexes sont normales.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire (huit ans).

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* : on découvre sur l'ovaire gauche, qui présente une surface fortement épaissie, une végétation interne que l'on prélève pour examen.
- *Technique* : résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- *Kyste de l'ovaire gauche* : paroi kystique pauvre en cellules, envahie de fibrocytes, tapissée par un épithélium cylindrique.
En un point de cette paroi, plus épaisse, on trouve un follicule plissé avec une granulosa et une thèque d'activité moyenne.
- *Kyste de l'ovaire droit* : paroi kystique présentant les mêmes caractères que dans l'ovaire gauche, et bordée par un épithélium cylindrique. On note cependant l'existence d'inclusions glandulaires endométriales de la paroi.

RÉSULTATS

- Cycles réguliers.
- Aucune douleur.
- Une grossesse trois ans plus tard.

CAS N° 26

Mme Hen..., cinquante ans

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée secondaire tardive.

EXAMEN CLINIQUE

- Kyste de l'ovaire gauche de la taille d'un melon.

INTERVENTION (1949)

- *Exploration* :
 - Ovaire gauche, gros kyste folliculaire.
 - Ovaire droit, fibreux et dur.
- *Technique* :
 - Annexectomie gauche.
 - Résection partielle de l'ovaire droit.

HISTOLOGIE

- Endométriose ovarienne droite.

RÉSULTATS

- Disparition des douleurs.
- Cycle normal.

CAS N° 27

Mme De Bel..., trente-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 30 jours/5-6 jours.
- Un accouchement.
- Déjà traitée pour stérilité primaire avant sa grossesse.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire isolée (quatre ans).

EXAMEN CLINIQUE

- Gros ovaire gauche paraissant kystique.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Insufflations* : courbe de passage avec scapulalgie.
- *Biopsie de l'endomètre* : aspect folliculo-lutéinique.
- *Glaire* : normale.
- *Examen du sperme* : normal.
- *H.S.G.* : cavité utérine normale :
 - à gauche : quelques passages péritonéaux ;
 - à droite : pas de passage ; distension tubaire droite avec imperméabilité relative.
- *Cœlioscopie* : utérus normal :
 - à droite : ovaire de volume normal mais avec un petit kyste noirâtre près du pôle interne, pavillon adhérent ;
 - à gauche : gros ovaire adhérent avec des suffusions brunâtres. Le pavillon se perd dans des adhérences péri-ovariennes.

INTERVENTION (1953)

- *Exploration*.
 - A droite : hydrosalpinx de la taille d'une noix. Ovaire de taille normale avec deux petits foyers d'endométriose.
 - A gauche : ovaire de la taille d'une grosse prune avec un kyste hématique. L'ovaire adhère à la face postérieure du ligament large et à la trompe. Pavillon dans le Douglas.
- *Technique* :
 - Salpingostomie droite.
 - Salpingolysis gauche.
 - Intervention plastique ovarienne bilatérale.
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- *Trompes* : franges agglutinées, pas de signe d'infection.
- Endométriose ovarienne bilatérale.

RÉSULTATS

- Stérilité persistante, malgré une courbe de passage normale.

CONCLUSION

- Stérilité secondaire. Hydrosalpinx droit. Endométriose ovarienne bilatérale. Echec.

CAS N° 28

Mlle Dar..., trente-six ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28 jours/3 jours.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.
- Dysménorrhée.

EXAMEN CLINIQUE

- Kyste de l'ovaire gauche.

H.S.G.

- Utérus plaqué en antéversion par une masse autour de laquelle se dessinent les deux trompes.
- Passage péritonéal.
- Diagnostic : kyste de l'ovaire gauche.

INTERVENTION (1956)

- *Exploration* :
 - A gauche : volumineux kyste ovarien fortement adhérent à toute la face postérieure de l'utérus et à la face antérieure du rectum.
 - A droite : ovaire augmenté de volume. Nombreux foyers d'endométriase.
 - Foyers sous-péritonéaux dans la zone vésicale.
- *Technique* : résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- Endométriose ovarienne bilatérale.
- Endométriose pelvienne à foyers multiples.

RÉSULTATS

- Disparition des douleurs et de la dysménorrhée depuis 1956.
- Revue en 1960.

CONCLUSION

- Douleurs pelviennes.
- Dysménorrhée.
- Endométriose ovarienne bilatérale et pelvienne.
- Guérison.

CAS N° 29

Mme Jac..., trente et un ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28-30 jours/4 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (cinq ans).

EXAMEN CLINIQUE

- Masse annexielle droite.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Biopsie de l'endomètre* : aspect folliculo-lutéinique.
- *H.S.G.* :
 - Cavité refoulée vers la gauche par une masse annexielle.
 - Diffusion péritonéale large.
 - Tuméfaction annexielle droite.
- *Examen du sperme* : azoospermie.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - Utérus normal.
 - Gros ovaires collés à la face postérieure du ligament large et bloqués par des adhérences les unissant à la trompe et au péritoine.
 - Pavillons normaux.
- *Technique* :
 - À gauche : ponction d'un kyste folliculaire. Résection ovarienne partielle.
 - À droite : kyste de la taille d'une orange développé à la face postérieure du ligament large. Paroi ovarienne présentant plusieurs zones bleutées. Résection ovarienne partielle.

HISTOLOGIE

- Endométriose ovarienne bilatérale.

RÉSULTATS

- Stérilité (origine masculine).

CONCLUSION

- Stérilité primaire (origine masculine).
- Endométriose ovarienne.

CAS N° 30

Mme Her..., trente-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28 jours/8 jours.
- Un avortement cureté (1946).

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée avec douleurs abdominales et lombaires du troisième au sixième jour.

EXAMEN CLINIQUE

- Kyste de l'ovaire droit.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Kystographie* : poche pelvienne droite, ovulaire, à contours bien limités.
- *H.S.G.* :
 - Trompe droite coiffant une masse kystique.
 - Trompe gauche injectée.
 - Cavité utérine normale.
 - Utérus dévié à gauche.

INTERVENTION (1949)

- *Exploration* :
 - A droite : kyste de l'ovaire, de la taille d'un petit melon, contenant du liquide chocolat.
 - A gauche : petit kyste hémorragique de l'ovaire, contenant un liquide chocolat.
- *Technique* : résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- Endométriose ovarienne droite.

RÉSULTATS

- Persistance des douleurs.

CONCLUSION

- Dysménorrhée tardive.
- Endométriose ovarienne.
- Echec.

CAS N° 31

Mme Pom..., trente et un ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28 jours/5 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (onze ans).
- Métrorragies.
- Syndrome inter-menstruel.
- Douleurs lombaires.

EXAMEN CLINIQUE

- Masse latéro-utérine droite.

EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

- Examen du sperme : oligospermie marquée.

INTERVENTION (1950)

- *Exploration* :
 - A droite : kyste hématique de l'ovaire, ovaire dur et scléreux.
 - A gauche : gros ovaire allongé et dur.
- *Technique* :
 - Résection partielle ovarienne bilatérale.
 - Salpingolysis à gauche.

HISTOLOGIE

- Endométriose ovarienne gauche.

SUITES (quatre ans après nouvelle intervention : 1954)

- Ablation d'un volumineux myome de la face antérieure de l'utérus.
- Résection partielle bilatérale des ovaires, complètement encapuchonnés.
- Histologie : endométriose ovarienne.

RÉSULTATS

- *Deux accouchements* deux et quatre ans après (1956 et 1958).

CONCLUSION

- Stérilité primaire (onze ans).
- Métrorragies.
- Syndrome intermenstruel.
- Douleurs lombaires.
- Deux interventions pour endométriose ovarienne à quatre ans d'intervalle (la deuxième avec myomectomie).
- Résultat : *deux grossesses*.

CAS N° 32

Mme Man..., vingt-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 21 jours/5-6 jours.
- Stérilité volontaire.

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée.
- Douleurs pelviennes.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus rétroversé.
- Cul-de-sac gauche empâté.
- Masse annexielle droite.

INTERVENTION (1954)

— *Exploration :*

- Utérus de taille normale, un peu rétroversé.
- Ovaire gauche micropolykystique, de la taille d'une grosse noix, libre.
- Ovaire droit, de la taille d'une petite mandarine, adhérent à la face postérieure du ligament large.

— *Technique :*

- A gauche : résection ovarienne partielle, ponction de petits kystes à contenu clair.

- A droite : résection large d'une zone kystique et hémorragique laissant s'écouler un sang noirâtre et poisseux.
- Hystéropexie (Pellanda).
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Endométriose ovarienne.

RÉSULTATS

- Utérus en antéversion, bassin libre.
- Règles normales, non douloureuses.

CONCLUSION

- Dysménorrhée.
- Douleurs pelviennes.
- Rétroversion utérine.
- Endométriose ovarienne.
- Amélioration fonctionnelle.

CAS N° 33

Mme Pes..., vingt-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28-30 jours/8 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (deux ans).
- Dysménorrhée.
- Frigidité.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus rétroversé et rétrofléchi, mobile.
- Annexes non perçues.
- Gros ovaire droit au toucher rectal.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Insufflation* : courbe normale.
- *H.S.G.* :
 - Trompe gauche opacifiée, pavillon normal.
 - Trompe droite non visible.
- *Examen du sperme* : normal.

INTERVENTION (1951)

— *Exploration* :

- A gauche : trompe et ovaire normaux.
- A droite : trompe normale, gros ovaire polykystique.
- Sang dans le Douglas et petits foyers endométriaux inter-utéro-ovariens droits, rétro-utérins et pré-utérins.

— *Technique* :

- Résection partielle ovarienne droite.
- Hystéropexie (Pellanda).
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Endométriose ovarienne droite.

RÉSULTATS

- Disparition de la dysménorrhée.
- Stérilité persistante

CONCLUSION

- Stérilité primaire.
- Dysménorrhée.
- Rétroversion utérine.
- Endométriose ovarienne droite et péritonéale.
- Amélioration fonctionnelle.
- Stérilité.

CAS N° 34

Mme Evr..., trente-quatre ans

ANTÉCÉDENTS

- Un accouchement.

CONSULTE POUR

- Ménorragies : cycle 28 à 32 jours, durée 7 jours, avec 4 jours de pertes très abondantes et caillots.
- Douleurs pelviennes.

INTERVENTION (1959)

— *Exploration* :

- Utérus de taille normale, rétroversé, fixé dans le Douglas par des adhérences.
- Gros ovaires présentant un aspect d'endométriose.

- Annexes droites normales.
- Annexes gauches fixées dans le Douglas.
- Syndrome de Masters et Allen.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - Pestalozza.
 - Suture des ligaments larges.

HISTOLOGIE

- Deux fragments d'ovaire : on note la présence d'un follicule secondaire, d'un follicule kystique et d'un corps jaune récent.
- Pas d'endométriase.

RÉSULTATS

- Guérison (revue le 8 février 1961).

CONCLUSION

- Douleurs pelviennes.
- Ménorragies.
- Endométrie macroscopique des ovaires, non vérifiée histologiquement.
- Guérison.

CAS N° 35

Mme Cla..., trente-neuf ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28 jours/29 jours.
- Quatre enfants.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.

EXAMEN CLINIQUE

- Kyste de l'ovaire droit.

INTERVENTION (1960)

- *Exploration* : utérus normal.
- A droite : annexes collées à la face postérieure de l'utérus. Ovaire de la taille d'une orange présentant un kyste endométrial. Trompes normales.
- A gauche : ovaire du volume d'une noix présentant un petit foyer endométrial, collé à la face postérieure du ligament large.

— *Technique :*

- A droite : ablation du kyste.
- A gauche : résection ovarienne partielle.

HISTOLOGIE

- *Premier fragment :* corps jaune récent.
- *Deux autres fragments :* stroma ovarien normal, quelques follicules primordiaux, pas de follicules en évolution.
- Pas d'endométriase sur les fragments examinés.

RÉSULTATS

- Cycle : 25 jours/5-6 jours.
- Amélioration fonctionnelle.

CONCLUSION

- Douleurs pelviennes.
- Kyste de l'ovaire droit endométrial, foyer endométrial sur l'ovaire gauche, non vérifiés histologiquement.
- Amélioration fonctionnelle.

CAS N° 36

Mlle Pru..., vingt-six ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 30-32 jours/4 jours.

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée.
- Dyspareunie profonde.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroversion utérine.

INTERVENTION (1960)

— *Exploration :*

- Utérus de taille normale, rétroversé, fixé dans le Douglas par des adhérences à la face antérieure du rectum.
- Petites formations bleutées dans le Douglas.
- Ovaire droit : gros, micropolykystique, adhérences de la trompe droite à la face postérieure du ligament large.
- Ovaire gauche : gros, avec kyste bleuté, fortement adhérent à la face postérieure du ligament large.

— *Technique* :

- A droite : salpingolysis et résection ovarienne partielle.
- A gauche : salpingolysis et résection ovarienne partielle.
- Hystéropexie (Pellanda).
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- *Premier fragment* : cicatrices de corps jaune ; quatre kystes folliculaires ; un corps jaune en régression.
- *Deuxième fragment* : stroma ovarien ne contenant aucun follicule.

RÉSULTATS

- Guérison fonctionnelle.

CONCLUSION

- Dysménorrhée.
- Dyspareunie profonde.
- Rétroversion utérine.
- Endométriose ovarienne et péritonéale macroscopique non vérifiée histologiquement.
- Guérison fonctionnelle.

CAS N° 37

Mme Leg..., vingt-neuf ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 24 jours/4-5 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (deux ans).
- Syndrome prémenstruel.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroflexion utérine.
- Exocervicite.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Insufflation* : trompes perméables.
- *H.S.G.* : rétroflexion utérine ; trompes perméables.
- *Glaire* : normale.
- *Examen du sperme* : mobilité inférieure à la normale, durée de vie écourtée.

INTERVENTION (1958)

— *Exploration :*

- Utérus rétrofléchi.
- Ovaires en position postérieure.
- Ovaire gauche gros, kystique.
- Après redressement de l'utérus, on constate de nombreuses adhérences dans le cul-de-sac du Douglas et une zone cruentée avec de petits foyers hémorragiques permettant d'affirmer le diagnostic d'endométriose. Plusieurs foyers siègent sur le ligament utéro-sacré.

— *Technique :*

- Libération des nodules.
- A gauche : ponction d'un follicule kystique.
- A droite : résection ovarienne partielle.
- Hystéropexie (Pellanda).
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- *Ovaire :* corticale normale. Le stroma contient deux follicules atrétiques et des follicules primordiaux. Aucune glande endométriale.
- *Péritoine :* pas de trace d'endométriose sur des coupes en série.

RÉSULTATS

- Echec : stérilité persistante.

CONCLUSION

- Stérilité primaire.
- Rétroflexion utérine.
- Endométriose péritonéale, macroscopique, non vérifiée histologiquement.
- Echec.

CAS N° 38

Mme Bro..., vingt-huit ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 30 jours/10 jours.
- Deux accouchements (1955, 1956).
- Un avortement spontané (1960).

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire (quatre ans).
- Douleurs.
- Dyspareunie.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus rétrofléchi.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Insufflation* : passage.
- *Glaire* : normale.
- *Examen du sperme* : normal.

INTERVENTION (1960)

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé.
 - Petits foyers bleutés endométriaux dans le Douglas. Ces foyers siègent aussi sur les ovaires qui sont adhérents à la face postérieure du ligament large.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne bilatérale.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Pestalozza.
 - Syndrome de Masters et Allen : suture du ligament large.

HISTOLOGIE

- Stroma normal.
- Deux follicules primaires non évolutifs.
- Cicatrices de corps jaunes.

RÉSULTATS

- Guérison des douleurs.
- Stérilité persistante.

CONCLUSION

- Stérilité secondaire.
- Douleurs.
- Dyspareunie.
- Rétroflexion utérine.
- Endométriose ovarienne bilatérale macroscopique.
- Guérison des douleurs.
- Stérilité persistante.

CAS N° 39

Mme Bim..., vingt-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28 jours/4 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (cinq ans).
- Dysménorrhée.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroversion utérine.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Glaire* : normale.
- *Biopsie d'endomètre* : normale.
- *Examen du sperme* : normal.
- *Insufflation* : perméabilité tubaire.
- *H.S.G.* : stase tubaire.

INTERVENTION (1955)

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé, fixé.
 - Annexes gauches : antérieures, préligamentaires. Ovaire fixé à la face antérieure de l'utérus.
 - Annexes droites : postérieures, rétro-utérines, kyste chocolat sur l'ovaire.
- *Technique* :
 - Salpingolysis.
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Corticale normale.
- Nombreux follicules primordiaux.
- Médullaire : corps jaune.
- Pas d'endométriase.

RÉSULTATS

- *Deux grossesses*.
- Amélioration de la dysménorrhée.

CONCLUSION

- Stérilité primaire.
- Dysménorrhée.
- Rétroversion utérine.
- Kyste chocolat de l'ovaire droit.
- Pas d'endométriase histologique.
- Deux grossesses : 1956 et 1959.

CAS N° 40

Mme Boy..., trente-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28 jours/2-6 jours.
- Deux accouchements.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire (deux ans).
- Dysménorrhée secondaire (un an).

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroflexion utérine.
- Gros ovaire droit

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Biopsie d'endomètre* : hyperplasie glandulo-kystique.
- *H.S.G.* : rétroflexion utérine ; passage péritonéal.

INTERVENTION (1954)

- *Insufflations pré et per-opératoires* : trompes perméables.
- *Exploration* : utérus rétroversé.
 - Ovaire droite : gros, kystique, kyste goudron adhérent au péritoine.
 - Ovaire gauche : normal.
- *Technique* :
 - Résection de la paroi du kyste et d'une tranche ovarienne droite.
 - Pestalozza.
 - Ligamentopexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Follicules kystiques.
- Pas d'endométriase.
- Conclusion : ovaire micropolykystique.

RÉSULTATS

- Amélioration fonctionnelle.
- Utérus bien fixé.
- *Une grossesse.*

CONCLUSION

- Stérilité secondaire.
- Dysménorrhée secondaire.
- Rétroflexion utérine.
- Kyste goudron de l'ovaire droit.
- Pas d'endométriose histologique.
- Amélioration fonctionnelle.
- Une grossesse (1958).

CAS N° 41

Mme Boi..., quarante-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Stérilité involontaire.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.
- Fibrome.

EXAMEN CLINIQUE

- Gros utérus bloqué présentant un noyau fibromateux antérieur, de la taille d'un pamplemousse.

H.S.G. :

- Grosse cavité utérine déformée par d'importantes masses fibromateuses.

INTERVENTION (1956)

- *Exploration* :
 - Volumineux utérus fibromateux, de la taille d'un gros melon.
 - Nombreuses adhérences dans le Douglas avec noyaux endométriaux sur les ligaments utéro-sacrés.
- *Technique* :
 - Hystérectomie subtotale avec conservation annexielle.
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- Endométriose ovarienne gauche.
- Fibromyome avec nécrobiose partielle.

RÉSULTATS

- Diminution des douleurs.

CONCLUSION

- Douleurs pelviennes.
- Fibrome.
- Endométriose ovarienne gauche.
- Amélioration fonctionnelle.

CAS N° 42

Mme Lag..., quarante-deux ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 26-27 jours/5-8 jours.
- Un accouchement.
- Un avortement.

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée secondaire.
- Syndrome douloureux inter et pré-menstruel (cinq ans).
- Ménorragies.

EXAMEN CLINIQUE

- Gros utérus.
- Gros ovaire droit.

H.S.G. :

- Hydrosalpinx gauche.

INTERVENTION

- *Exploration* : utérus fibromateux.
- A droite : gros ovaire avec foyers macronodulaires d'endométriose ; trompe normale.
- A gauche : gros ovaire avec foyers macronodulaires d'endométriose ; volumineux hydrosalpinx adhérent à l'ovaire.
- *Technique* :
 - Myomectomies multiples.
 - Ablation bilatérale de petits kystes ovariens.
 - Salpingectomie gauche.
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Fibromyome pur.
- Endométriose ovarienne bilatérale.
- Hydrosalpinx atrophique.

RÉSULTATS

- Disparition de la dysménorrhée et du syndrome douloureux inter et pré-menstruel.
- Amélioration du cycle.

CONCLUSION

- Dysménorrhée.
- Syndrome douloureux inter et pré-menstruel.
- Utérus polyfibromateux et hydrosalpinx gauche.
- Endométriose ovarienne bilatérale.
- Guérison du syndrome douloureux.

CAS N° 43

Mme Ang..., quarante-neuf ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 29 jours/3 jours.
- Un accouchement.

CONSULTE POUR

- Douleurs lombaires.
- Ménorragies.
- Syndrome pré-menstruel.

EXAMEN CLINIQUE

- Gros utérus antéversé.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *H.S.G.* : cavité utérine à bords assez réguliers.
- *Biopsie d'endomètre* : endomètre en phase folliculinaire, sans anomalies.

INTERVENTION (1959)

- *Exploration* :
 - Fibrome de la taille d'une grosse orange, sur la face antérieure et droite de l'utérus.
 - En arrière de l'utérus, les annexes sont le siège de tuméfactions kystiques et adhérentes, à la face postérieure du ligament large et au cul-de-sac de Douglas.
 - Issue de sang poisseux et noirâtre.
 - A droite : kystes ovariens goudrons.

— *Technique :*

- Myomectomie.
- Intervention ovarienne plastique bilatérale.
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Myome œdémateux.
- Endométriose ovarienne bilatérale.

RÉSULTATS

- Disparition des douleurs.
- Pas d'action sur le cycle.

CONCLUSION

- Douleurs lombaires.
- Ménorragies.
- Syndrome pré-menstruel.
- Fibrome utérin.
- Endométriose ovarienne bilatérale.
- Disparition des douleurs.
- Pas d'action sur le cycle.

CAS N° 44

Mme Hen..., trente-huit ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28 jours/10 à 15 jours.
- Trois accouchements.
- Maladie de Basedow.

CONSULTE POUR

- Ménorragies.
- Douleurs.

EXAMEN CLINIQUE

- Kyste de l'ovaire droit.

H.S.G. :

- Utérus un peu augmenté de volume.
- Image lacunaire nette.
- Diagnostic de polype intra-cavitaire.

INTERVENTION (1953)

— *Exploration :*

- Utérus un peu augmenté de volume.
- Annexes saines.
- Ovaire droit : kyste folliculaire de la taille d'une cerise.

— *Technique :*

- Myomectomie. Hystérotomie. Curetage.
- Résection du kyste folliculaire droit.
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Fibromyome.
- Endométriose ovarienne droite.

RÉSULTATS

- Disparition des douleurs et des ménorragies.
- Six ans après l'intervention : réapparition de la dysménorrhée, masses pelviennes bilatérales.

INTERVENTION (1959)

- Volumineux kyste hématique de l'ovaire gauche.
- Tumeur maligne solide de l'ovaire droit.

HISTOLOGIE

- Epithélioma indifférencié.
- Hystérectomie totale, ablation des annexes.
- Radiothérapie.

CAS N° 45

Mme Ber..., trente-quatre ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 27 jours/3-4 jours.
- Péritonite appendiculaire (1939).

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire.
- Dysménorrhée et douleurs dorso-lombaires.

EXAMEN CLINIQUE

- Masse kystique dans le Douglas.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Biopsie de l'endomètre* : aspect folliculo-lutéinique.
- *H.S.G.* : passage péritonéal.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - *Utérus* : fibrome pédiculé du bord supérieur, de la taille d'une grosse prune.
 - *A droite* : gros ovaire avec un kyste folliculaire. Ponction. Trompe perméable, collée à l'ovaire.
 - *A gauche* : volumineux kyste hématique de l'ovaire bloqué dans le Douglas, adhérent à la trompe. Pavillon partiellement obturé.
- *Technique* :
 - Myomectomie.
 - *A droite* : salpingolysis ; résection ovarienne partielle.
 - *A gauche* : salpingostomie ; résection du kyste hématique.
 - Pestalozza.
 - Pellanda.

HISTOLOGIE

- Fibrome pur.
- Ovaire gauche : kyste endométrial ; fragments de parenchyme ovarien : stroma dense. Follicules primordiaux et primaires. Pas d'autres éléments endométriaux.

RÉSULTATS

- Diminution des douleurs.
- Stérilité persistante.

CONCLUSION

- Stérilité primaire.
- Dysménorrhée.
- Fibrome utérin.
- Endométriose ovarienne gauche.
- Stérilité persistante.

CAS N° 46

Mme Ros..., trente-neuf ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28 jours/4 jours.
- Stérilité volontaire.

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée tardive.

EXAMEN CLINIQUE

- Masse annexielle droite de la taille d'une orange : kyste de l'ovaire.

H.S.G. :

- Utérus déplacé vers la gauche et antéversé.
- Deux trompes bien visibles.
- A droite : la diodone moule une zone non injectée, située entre la cavité utérine et la paroi droite du pelvis.

INTERVENTION (1954)

— *Exploration :*

- Fibrome pédiculé droit de la taille d'un pamplemousse adhérent à la face postérieure du ligament large.

— *Technique :*

- Ablation première du fibrome.
- Ablation de trois petits fibromes de la taille d'un pois, sur la face antérieure du corps utérin.
- Résection partielle ovarienne bilatérale.
- Pestalozza : petit noyau bleuté dans la zone inter-vésico-utérine.

HISTOLOGIE

- 1) Fibromyome.
- 2) Endométriose ovarienne droite avec formation kystique.
- 3) Endométriose ovarienne gauche.
- 4) Endométriose péritonéale.

RÉSULTATS

- Disparition des douleurs.
- Cycle normal.
- Revue en 1960.

CONCLUSION

- Dysménorrhée tardive.
- Fibrome.
- Endométriose ovarienne bilatérale et pelvienne.
- Amélioration fonctionnelle.

CAS N° 47

Mme Gai..., trente-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28 jours/2 jours.
- Crises douloureuses pelviennes fébriles étiquetées : salpingite (1953).
- Adénome thyroïdien gauche.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (douze ans).
- Oligoménorrhée.
- Dysménorrhée.

EXAMEN CLINIQUE

— Utérus rétroversé et rétrofléchi, fixé, douloureux à la mobilisation, de volume normal.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Insufflation* : courbe de passage.
- *H.S.G.* : cavité utérine hypertonique.
 - A gauche : deux poches tubaires en cascade.
 - A droite : image de pénétration péritonéale.
- *Spermogramme* : normal.

INTERVENTION (1956)

- *Exploration* : noyau de la face antérieure de l'utérus (taille mandarine).
 - A gauche : volumineux hydrosalpinx fortement adhérent à la face postérieure du ligament large et au côlon sigmoïde.
 - A droite : nombreuses adhérences fixant les annexes en position basse et postérieure. Mais il persiste un pertuis tubaire avec franges visibles.
- *Technique* :
 - A gauche : salpingectomie et résection ovarienne partielle.
 - A droite : salpingostomie et résection ovarienne partielle.
 - Myomectomie antérieure.
 - Raccourcissement des ronds.
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Trompe subnormale.
- Endométriose ovarienne bilatérale.

RÉSULTATS

- Règles non douloureuses.
- Utérus antéversé.
- Stérilité persistante.

CONCLUSION

- Stérilité primaire. Dysménorrhée. Rétroversion utérine.
- Endométriose ovarienne. Hydrosalpinx.
- Amélioration fonctionnelle.
- Stérilité persistante.

CAS N° 48

Mme Cor..., cinquante ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle 28 jours/5 jours.
- Deux accouchements dont un par césarienne.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.
- Fibrome utérin.

EXAMEN CLINIQUE

- Fibrome de la taille d'une grossesse de quatre mois.

H.S.G. :

- Normale.

INTERVENTION (1955)

- *Exploration* :
 - Fibrome du fond utérin de la taille d'un gros melon.
- *Technique* :
 - Hystérectomie subtotale, totalisée avec conservation annexielle.
 - Résection ovarienne droite.

HISTOLOGIE

- Myome pur.
- Fragment d'ovaire droit : endométriose.

RÉSULTATS

- Disparition des douleurs.

CONCLUSION

- Douleurs pelviennes.
- Fibrome utérin.
- Endométriose ovarienne droite.
- Amélioration fonctionnelle.

CAS N° 49

Mme Dou..., quarante-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 24 jours/5 jours.
- Un accouchement.

CONSULTE POUR

- Masse abdomino-pelvienne.
- Rétention d'urine.

EXAMEN CLINIQUE

- Fibrome de l'isthme et du col.

H.S.G. :

- Fibrome de l'isthme.

INTERVENTION

- *Exploration :*
 - Fibrome de la taille d'un melon développé aux dépens de la lèvre postérieure du col.
 - Kyste endométrial de l'ovaire droit, de la taille d'une mandarine.
 - A gauche : nodules d'endométriose au niveau des annexes, du cul-de-sac de Douglas, du ligament utéro-sacré.
- *Technique :*
 - Libération des annexes qui sont conservées.
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - Hystérectomie totale.

HISTOLOGIE

- Fibrome banal.
- Muqueuse utérine en phase folliculinique sans anomalie.
- Ovaire droit : cavité kystique limitée par un épithélium cubique et endothéliforme. Stroma sous-jacent normal.

RÉSULTATS

- Bons.

CONCLUSION

- Fibrome.
- Kyste endométrial de l'ovaire droit.
- Nodules d'endométriose sur les annexes gauches et le péritoine.
- Endométriose non vérifiée histologiquement.
- Bons résultats.

CAS N° 50

Mme Gir..., trente-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycles : 25 jours/11 à 15 jours.
- Un avortement.

CONSULTE POUR

- Ménorragies.

EXAMEN CLINIQUE

- Ovaire droit kystique.

H.S.G. :

- Image typique de polype intra-cavitaire.

INTERVENTION (1957)

- *Exploration* : gros utérus en position indifférente.
 - À gauche : ovaire de la taille d'une prune, avec kyste folliculaire.
 - À droite : ovaire de la taille d'une mandarine, adhérent au cul-de-sac postérieur, de type endométriose.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - À droite, au cours de la libération, issue d'un liquide poisseux, chocolat.
 - Hystérotomie : ablation du polype.
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Polype utérin.
- Ovaire gauche : kyste dont l'épithélium est endothéliforme.
- Ovaire droit : pas d'endométriose.

RÉSULTATS

- Bons.
- Règles normales, durée : 3 jours.

CONCLUSION

- Ménorragies.
- Polype intra-cavitaire.
- Ovaire droit d'aspect endométrial, non vérifié histologiquement.
- Cycle normal.

CAS N° 51

Mme Lub..., trente-deux ans

ANTÉCÉDENTS

- 1948 : myomectomie. Pexie.
- 1950 : un accouchement par opération césarienne.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire (dix-huit mois).

INTERVENTION (1952)

- Myomectomie (myome de la face postérieure du segment inférieur).
- Hystérotomie (polype muqueux de la taille d'une noisette).
- Ovaire gauche : résection d'un kyste de la taille d'une cerise, à contenu sépia goudron.
- Ovaire droit : gros, micropolykystique, résection partielle.

HISTOLOGIE

- *Muqueuse utérine* : nombreuses glandes dont certaines légèrement kystiques, stroma œdémateux, plusieurs fragments ont un aspect polypeux.
- *Ovaires* : scléreux, congestifs ; quelques follicules atrétiques ; absence d'endométriase.

RÉSULTATS

- Cycles réguliers : 31 jours/2 jours.
- Stérilité persistante.
- 1956 : très volumineux utérus, plusieurs myomes, hystérectomie totale.

CONCLUSION

- Stérilité secondaire.
- Fibromes utérins.
- Ovaires micropolykystiques à droite, kystique à contenu goudron à gauche.
- Absence d'endométriase histologiquement.
- Récidive de fibrome.

CAS N° 52

Mme Rob..., trente-huit ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 30 jours/3 jours.
- Pleurésie séro-fibrineuse et tuberculose osseuse à vingt-sept ans : 1947.
- Un accouchement en 1948.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire (deux ans).
- Mariée depuis dix ans.
- Dysménorrhée.

EXAMEN CLINIQUE

- Masse kystique gauche, de la taille d'une orange.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *H.S.G.* :
 - Cavité normale.
 - A gauche : amas ampullaire ; importante masse latéro-utérine gauche.
 - Pas de passage péritonéal.
- *Biopsie de l'endomètre* : aspect folliculo-lutéinique ; pas de tuberculose.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - Taches brunâtres sur le péritoine postérieur et le péritoine vésico-utérin.
 - A droite : gros ovaire collé à la face postérieure du ligament large. Plusieurs taches d'endométriose.
 - A gauche : ovaire et trompe soudés ensemble par un foyer d'endométriose.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne bilatérale.
 - Salpingectomie bilatérale.
 - Ablation d'un petit myome antérieur, taille d'un œuf, recouvert par le péritoine vésical.

HISTOLOGIE

- Trompe : hématosalpinx d'étiologie non précisée.
- Ovaires : un des fragments contient du sang épanché dans le stroma, pas de glandes endométriales.

RÉSULTATS

- Disparition de la dysménorrhée.
- Cycle : 28 jours/4 jours.

CONCLUSION

- Stérilité secondaire.
- Dysménorrhée.
- Endométriose ovarienne et péritonéale.
- Hématosalpinx.
- Amélioration de la dysménorrhée.
- Salpingectomie bilatérale.

* . *

V — Rétroversions utérines

(Observations n^{os} 53 à 89)

CAS N^o 53

Mme Bou..., trente-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Trois accouchements : 1951 - 1953 - 1956.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroversion utérine.

INTERVENTION (1959)

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé.
 - Au niveau des ligaments utéro-sacrés : deux petits nodules bleutés, associés à une rétraction des ligaments utéro-sacrés.
 - Syndrome de Masters et Allen.
 - Trompes normales.
 - Ovaires légèrement augmentés de volume et micropolykystiques.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - Suture de la face postérieure des ligaments larges.

- Suture des ligaments utéro-sacrés.
- Pestalozza.
- Pellanda.

HISTOLOGIE

- Corticale d'épaisseur normale.
- Nombreux follicules primordiaux.
- Un des fragments contient un corps jaune jeune.
- Un autre : deux follicules atériques en phase de régression.

RÉSULTATS

- 1960 : un accouchement à terme.

CAS N° 54

Mme Pou..., trente-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Quatre accouchements.
- Cycle : 21 jours/4 jours.

CONSULTE POUR

- Méno-métrorragies depuis le dernier accouchement (1954).
- Echec de la thérapeutique hormonale et hémostatique.
- Douleurs pelviennes.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - Utérus rétrofléchi.
 - Prolapsus des ovaires.
 - Varicocèle important du ligament large : feuillet postérieur intact à droite, érodé à gauche.
 - Gros ovaires micropolykystiques.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne bilatérale.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- *Utérus* : pas d'adénomyose ; muqueuse plate, stade folliculinique.
- *Ovaires* : corticale d'épaisseur normale. Dans le stroma : plusieurs follicules kystiques limités par plusieurs couches de cellules granuleuses.

RÉSULTATS

- Amélioration du syndrome douloureux.
- Métrorragies intermenstruelles, deux semaines après les règles, pendant huit jours.
- Traitement : Orgastéron, du onzième au quinzième jour.

CAS N° 55

Mme Lou..., vingt-quatre ans

ANTÉCÉDENTS

- Trois accouchements.

CONSULTE POUR

- Dyspareunie profonde.
- Douleurs lombaires.
- Dysménorrhée.

H.S.G.

- Rétroversion utérine.
- Passages péritonéaux.

INTERVENTION (1956)

- *Exploration* :
 - Utérus de taille normale, rétroversé.
 - Gros ovaire micropolykystique à droite.
 - Syndrome de Masters et Allen.
- *Technique* :
 - Résection partielle ovarienne droite.
 - Résection du nerf présacré.
 - Cloisonnement du Douglas.
 - Suture des ligaments larges.
 - Pestalozza.
 - Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- *Ovaire* : le tissu conjonctif contient de nombreux follicules primordiaux, un follicule primaire, un corps jaune.
- pas d'endométriiose.

RÉSULTATS

- Résultat anatomique bon.
- Douleurs diminuées mais persistantes après rapports.
- Règles régulières.

CAS N° 56

Mme Jo..., trente-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28 jours/2 jours.
- Un accouchement.
- Une grossesse extra-utérine, droite.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire (huit ans).

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus petit, rétroversé.
- Ovaire gauche kystique.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Glaire cervicale* : normale.
- *Biopsie de l'endomètre* : normale.
- *H.S.G.* : utérus normal. Trompe gauche : passage.

INTERVENTION

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé, petit.
 - Ovaire gauche : gros, kystique, de la taille d'une prune.
 - Annexes gauches : fixées dans le cul-de-sac postérieur.
 - Ovaire droit : normal.
 - Trompe droite : réséquée (G.E.U. droite opérée).
- *Technique* :
 - Ponction de plusieurs follicules.
 - Résection du kyste et de deux tranches ovariennes.
 - Ligamentopexie (Pellanda).
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Ovaire très scléreux.
- Pas de follicules primordiaux.
- Un seul follicule kystique.

RÉSULTAT

- Echec : stérilité persistante.

CAS N° 57

Mme Bid..., trente-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Un accouchement. Cycle : 28 jours.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroflexion utérine.

INTERVENTION (1955)

— *Exploration :*

- Utérus rétrofléchi, petit.
- Gros ovaires à surface couenneuse, épaisse.
- Foyers d'endométriose à la face postérieure de l'isthme.

— *Technique :*

- Hystéropexie ligamentaire (Pellanda).
- Pestalozza.
- Résection ovarienne partielle bilatérale.
- Résection du nerf présacré.

HISTOLOGIE

- Corticale un peu épaisse.
- Rares follicules primordiaux.
- Un follicule primaire et un follicule secondaire.

RÉSULTATS

- Douleurs très améliorées.
- Cycle normal.

CAS N° 58

Mme Del..., trente-deux ans

ANTÉCÉDENTS

- Trois accouchements.
- Cycles irréguliers : 28 à 45 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire (quatre ans).
- Douleurs pelviennes permanentes (psychisme).

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus rétroversé.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Frottis vaginaux* : hyperfolliculiniques.
- *Examen du sperme* : normal.
- *Biopsie de l'endomètre* : normale.
- *Insufflation* : courbe de passage.

INTERVENTION

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé et rétrofléchi, mobilisable.
 - Trompes saines, pavillons normaux.
 - Ovaire droit kystique.
 - Ovaire gauche dur, scléreux, de la taille d'une prune.
- *Technique* :
 - Ponction et résection ovarienne partielle, en quartier d'orange, à droite, avec ablation d'un kyste de la taille d'une noix.
 - A gauche, prélèvement d'un fragment de coque d'aspect couenneux.
 - Ligamentopexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- *Ovaire gauche* : stroma dense, un peu scléreux. Pas de follicule en évolution, ni de cicatrice de corps jaune. Follicules primordiaux exceptionnels.
- *Ovaire droit* : premier fragment, stroma subnormal, quelques follicules primordiaux, un follicule kystique. Deuxième fragment, corps jaune hémorragique en voie de hyalinisation.

RÉSULTATS

- Pendant trois ans, bons résultats : disparition des douleurs, cycles normaux, mais stérilité persistante.
- Puis, fibromes utérins, douleurs, hystérectomie.

CAS N° 59

Mme Bel..., vingt-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Trois avortements spontanés de deux mois, six mois et un mois.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire (quatre ans).
- Oligoménorrhée : cycle 28 à 30 jours/2 jours.

EXAMEN CLINIQUE

- Petit utérus rétroversé.
- Col normal.

H.S.G.

- Rétroversion utérine.
- Passage péritonéal.
- Une grossesse cinq mois après l'hystérographie, avortement précoce.

INTERVENTION (1956)

- *Exploration* :
 - Utérus normal, rétroversé.
 - Trompes et ovaires normaux.
 - En redressant l'utérus, on s'aperçoit qu'il existe de nombreuses adhérences dans le Douglas.
- *Technique* :
 - Ablation d'un petit myome.
 - Cloisonnement du Douglas.
 - Pestalozza.
 - Hystéropexie ligamentaire (Pellanda).
 - Résection ovarienne partielle unilatérale.

HISTOLOGIE

- Fibromyome.
- Fragment d'ovaire constitué par un corps jaune jeune.

RÉSULTAT

- Une grossesse, accouchement normal.

CAS N° 60

Mme Gir..., quarante-quatre ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 24-25 jours/6-7 jours.
- Règles non douloureuses.
- Deux grossesses normales (1936 et 1939).

CONSULTE POUR

- Douleurs lombaires et sensations de pesanteur périnéale.
- Ces troubles datent du deuxième accouchement, mais se sont accentués depuis un an.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroversion utérine.

INTERVENTION (1959)

- *Exploration* :
 - Utérus en rétroversion complète.
 - Petit myome sur le fond.
 - Syndrome de Masters et Allen typique à gauche, moins net à droite (simple dépression).
 - Annexes droites saines.
 - A gauche : trompes normales ; petit kyste sur l'ovaire.
- *Technique* :
 - Myomectomie.
 - Cloisonnement du Douglas.
 - Suture des ligaments larges.
 - Résection ovarienne partielle gauche.
 - Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Le fragment d'ovaire est revêtu par une coque assez épaisse, dans laquelle on trouve un follicule plissé dont la granulosa et la thèque semblent actives.

RÉSULTATS

- Inconnus.

CAS N° 61

Mme Bri..., trente-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Réglée à onze ans.
- Cycle : 32 à 40 jours/8 à 9 jours.
- Trois accouchements.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.
- Obésité.
- Irrégularité menstruelle.
- Syndrome pré-menstruel.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroflexion utérine.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES (1956)

- H.S.G. :
 - Cavité utérine légèrement agrandie.
 - Contours réguliers.
 - Trompes perméables.

INTERVENTION (1956)

- *Exploration* :
 - Gros utérus en rétroflexion dans le Douglas.
 - Annexes gauches normales.
 - A droite : petit kyste du corps jaune sur l'ovaire.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle droite.
 - Pestalozza.
 - Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Corps jaune au stade de vascularisation.

RÉSULTATS

- Amélioration fonctionnelle.

CAS N° 62

Mme Dac..., vingt et un ans

ANTÉCÉDENTS

- Un avortement en 1951.
- Deux accouchements en 1952 et 1955.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.

INTERVENTION (1957)

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé.
 - Ovaires un peu augmentés de volume.
 - Ponction de petits follicules kystiques.
 - Syndrome de Masters et Allen, à gauche.

— *Technique* :

- Résection ovarienne partielle droite.
- Cloisonnement du Douglas.
- Pestalozza, Pellanda.

HISTOLOGIE

- Corticale de taille normale.
- Quelques follicules primaires.

RÉSULTATS

- Guérison (1958 - 1960).

CAS N° 63

Mme Tha..., trente et un ans

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire.
- Cycles irréguliers : 25 à 40 jours.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus rétroversé.

BIOPSIE DE L'ENDOMÈTRE

- Aspect folliculo-lutéinique.

INTERVENTION (1957)

- *Exploration* : petit utérus rétroversé.
 - *A droite* : hydrosalpinx ; gros ovaire à coque scléreuse.
 - *A gauche* : trompe à pavillon intact ; ovaire micropolykystique dans sa partie interne, à coque scléreuse dans sa partie externe.
- *Technique* :
 - *A droite* : salpingostomie et résection ovarienne partielle.
 - *A gauche* : résection ovarienne partielle avec ponction du kyste folliculaire.
 - Pestalozza.
 - Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Fragment d'ovaire : pas d'anomalie.

RÉSULTATS

- Cycle régulier.
- Deux grossesses. Accouchements normaux en 1959 et 1960.

CAS N° 64

Mme Odi..., trente-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Deux accouchements normaux.
- Deux avortements (1951, 1953).
- Cycles : 25 jours/5 jours.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.
- Dysménorrhée depuis les avortements.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroversion utérine.
- Col sain.
- Annexes non perçues.
- Traitement : Acéto-Stérandryl.

H.S.G.

- Gros utérus rétroversé.
- Trompes perméables.

INTERVENTION (1955)

- *Exploration* :
 - Utérus franchement rétroversé.
 - Annexes gauches normales.
 - A droite : ovaire micropolykystique.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle droite.
 - Ligamentopexie (Pellanda).
 - Pestalozza.
 - Cloisonnement du Douglas.

HISTOLOGIE

- Stroma ovarien normal.
- Follicules primordiaux.
- Cicatrices de corps jaune.
- Aucun follicule en évolution.

RÉSULTATS

- Utérus en bonne position.
- Un avortement en 1956.
- Une grossesse à terme en 1959.
- Amélioration des douleurs.

CAS N° 65

Mme Con..., vingt-deux ans

ANTÉCÉDENTS

- Un accouchement.
- Deux avortements.
- Valvulite mitrale.
- Cycles irréguliers avec retard.

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée depuis les avortements.
- Syndrome prémenstruel.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroversion utérine.
- Prolapsus des ovaires.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Frottis vaginaux* : hypofolliculinie.
- *Biopsie de l'endomètre* : endomètre atrophique.

INTERVENTION (1955)

- *Exploration* :
 - Utérus petit, rétroversé.
 - Gros ovaires microkystiques bilatéraux avec coque épaisse et dure.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - Résection du sympathique pelvien : opération de Cotte.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Pestalozza.
 - Appendicectomie.

HISTOLOGIE

- Corticale épaisse.
- Rangée de follicules primordiaux.
- Microkystes.
- Conclusion : ovaire micropolykystique avec épaissement de la corticale.

RÉSULTATS

- Disparition de la dysménorrhée.
- Cycle **normal**.

CAS N° 66

Mme Bus..., trente et un ans

ANTÉCÉDENTS

- Une grossesse.
- Deux avortements.
- Tuberculose pulmonaire : streptomycine (60 g), thoracoplastie.
- Cycle : 26 à 30 jours/6 à 10 jours, avec caillots.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire (deux ans).
- Dysménorrhée secondaire.
- Ménorragies.
- Syndrome prémenstruel.

EXAMEN CLINIQUE

- Gros utérus rétrofléchi.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Biopsie de l'endomètre* : normale.
- *Hystérosalpingographie* : gros utérus.

INTERVENTION

- *Exploration* :
 - Utérus rétrofléchi.
 - Noyau de la taille d'une petite mandarine, sur la face postérieure et gauche, en arrière de l'implantation de la trompe.
 - Trompes normales.
 - Ovaire droit micropolykystique.
 - Ovaire gauche normal.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle bilatérale, avec ponction des kystes à droite.
 - Noyau utérin non énucléable.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Adénomyome sur tout l'épaisseur du fragment de muscle utérin.
- Pas d'endométriose ovarienne.

RÉSULTATS

- Utérus normal.
- Diminution des douleurs.
- Amélioration du cycle.
- Syndrome prémenstruel persistant.
- Une grossesse (cervicale).

CAS N° 67

Mme Ver..., trente-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Trois accouchements.
- Un avortement.
- Cycles : 20 jours/3 à 10 jours.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroversion utérine.

INTERVENTION (1955)

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé.
 - Annexes saines.
 - Ovaire droit micropolykystique.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle droite.
 - Pexie des ovaires par suture du ligament utéro-ovarien au ligament lombo-ovarien.
 - Douglasséctomie.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Un fragment d'ovaire est formé par un corps jaune jeune au stade de vascularisation.
- Un deuxième fragment présente un stroma normal. Il contient un follicule secondaire et quelques follicules primordiaux.

RÉSULTATS

- Guérison fonctionnelle (1959).

CAS N° 68

Mme Age..., trente ans

ANTÉCÉDENTS

- Trois accouchements.
- Infection du post-partum.
- Cycles : 24 jours/7 jours.

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée secondaire, premier jour (trois ans).
- Syndrome prémenstruel.
- Dyspareunie.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroflexion utérine.
- Utérus augmenté de volume.

INTERVENTION

- *Exploration* :
 - Ovaire droite : petit kyste.
 - Ovaire gauche : petit kyste du corps jaune.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Ovaire droit : très vascularisé, corps jaune récent.
- Ovaire gauche : fibreux, atrophique, follicules primordiaux.

RÉSULTATS

- Disparition de la dysménorrhée.
- Persistance du syndrome prémenstruel.

CAS N° 69

Mme Nic..., dix-neuf ans

ANTÉCÉDENTS

- Un accouchement.
- Cycles irréguliers (retard).

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée.
- Dyspareunie.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroflexion utérine.

INTERVENTION (1953)

— *Exploration :*

- Rétroflexion utérine.
- Ovaire droit : gros ovaire avec kyste folliculaire de la taille d'une prune.
- Ovaire gauche : normal.
- Trompes normales.

— *Technique :*

- Résection du kyste et de deux petites tranches ovariennes.
- Pestalozza.
- Cloisonnement du Douglas.
- Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Kyste folliculaire.

RÉSULTATS

- Disparition des douleurs.

CAS N° 70

Mme Mac..., trente ans

ANTÉCÉDENTS

- Stérilité volontaire.

CONSULTE POUR

- Cycles irréguliers.
- Dysménorrhée secondaire (neuf ans).
- Douleurs pelviennes et lombaires, le premier jour.
- Dyspareunie profonde.
- Syndrome prémenstruel : métrorragies.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroflexion utérine.
- Ovaire droit prolabé.

INTERVENTION (1956)

— *Exploration :*

- Utérus rétroversé.
- Noyau fibromateux de la face antérieure de l'isthme (taille d'une noix).
- Ovaire droit d'aspect scléreux, prolabé.
- Ovaire gauche scléreux.

— *Technique :*

- Myomectomie.
- Résection ovarienne partielle bilatérale.
- Ligamentopexie du type Pellanda.
- Résection du sympathique sacré : opération de Cotte.

HISTOLOGIE

- Corticale épaisse et scléreuse.
- Quelques rares follicules primordiaux.
- Pas de follicules en évolution.
- Cicatrices de corps jaune.

RÉSULTATS

- Amélioration de la dysménorrhée.
- Petites métrorragies rebelles.

CAS N° 71

Mme De G..., trente-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Une grossesse en 1953.
- Cycles : 28 à 30 jours/5 jours.

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée secondaire.

BIOPSIE DE L'ENDOMÈTRE

- Normale.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus rétroversé.

INTERVENTION (1959)

— *Exploration :*

- Utérus de taille normale.

- Annexes collées à la face postérieure du ligament large.
- Kyste d'aspect endométrial de l'ovaire gauche se rompant au cours de la dissection, laissant s'écouler un liquide poisseux et chocolat.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle gauche.
 - Pestalozza.
 - Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Ovaire : kyste séreux bénin. Corticale d'épaisseur normale. Présence de nombreux follicules atrétiques qui sont à différents stades de leur évolution.

RÉSULTATS

- Utérus bien fixé.
- Cycles : 25 jours/5 jours.
- Disparition des douleurs.

CAS N° 72

Mme Rob..., vingt-huit ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycles : 28 jours/7 à 8 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (six ans).
- Dysménorrhée secondaire (huit ans).

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus rétroversé.

HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE

- Poche ampullaire bilatérale.

INTERVENTION (1951)

- *Exploration* :
 - Utérus complètement basculé.
 - Annexes gauches adhérentes au sigmoïde.
 - Annexes droites en position postérieure adhérentes à la paroi pelvienne et au rectum.
 - Ovaire gauche : kyste hémorragique.
 - Ovaire droit : normal.

— *Technique* :

- Résection ovarienne partielle gauche.
- Salpingostomie bilatérale.
- Hystéropexie ligamentaire (*Pellanda*).
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Endométriose tubaire.

RÉSULTATS

- Disparition de la dysménorrhée.
- Insufflation : courbe de passage.

CAS N° 73

Mme Ver..., trente-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Appendicectomie en 1948. Suites troublées. Pas de réintervention.
- Cycles : 28 jours/3-4 jours, souvent irréguliers.
- Syndrome prémenstruel.
- Un accouchement à terme.
- Un avortement.

CONSULTE POUR

- Dyspareunie profonde.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroversion utérine.

INTERVENTION (1949)

— *Exploration* :

- L'utérus en position intermédiaire repose sur un couvercle d'adhérences unissant le sigmoïde et le cæcum à la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges, encapuchonnant totalement les deux annexes.
- Gros ovaire gauche, présentant un corps jaune.
- Trompes congestives mais perméables.

— *Technique* :

- Cloisonnement du Douglas.
- Pestalozza.
- Hystéropexie (*Pellanda*).
- Résection ovarienne partielle gauche.

HISTOLOGIE

- Fragment d'ovaire contenant de nombreux follicules dilatés, hémorragiques et des follicules plissés dont la thèque et la granulosa paraissent actives.

RÉSULTATS

- Inconnus.

CAS N° 74

Mme Ada..., trente-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Electrocoagulation à l'âge de vingt-deux ans.

CONSULTE POUR

- Ménorragies, cycles de 19 à 25 jours, durant 8 jours.
- Stérilité primaire (six ans).

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroversion utérine.
- Gros ovaire droit.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Col : sain, mais scléreux. Orifice ponctiforme. Glaires absentes, même après benzo-gynœstryl.
- Endomètre : normal, folliculo-lutéinique.
- Hystérosalpingographie :
 - Utérus rétroversé.
 - À gauche : petit passage péritonéal.
 - À droite : rétention au niveau de la partie ampullaire des trompes.
- Spermogramme : normal.

INTERVENTION (1956)

- Exploration :
 - Utérus rétroversé, fixé, adhérent au Douglas.
 - Annexes fixées à la face postérieure du ligament large.
 - À droite : ovaire normal. Trompe dilatée présentant un simple pertuis, une seule frange.
 - À gauche : volumineux hydrosalpinx adhérent à l'ovaire qui est augmenté de volume et micropolykystique.

— *Technique :*

- Résection ovarienne partielle gauche.
- Salpingectomie gauche.
- Hystéropexie (Pellanda).
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Trompe : endométriose.
- Ovaire : follicules primordiaux ; cicatrice de corps jaunes ; pas d'endométriose.

RÉSULTATS

- Utérus antéversé.
- Cycles : 21 à 28 jours/3 à 4 jours.
- Stérilité persistante.

CAS N° 75

Mme Dev..., quarante-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Deux accouchements normaux (1939, 1949).
- Cycles irréguliers : 21 à 40 jours.

CONSULTE POUR

- Syndrome douloureux abdomino-pelvien, ancien mais aggravé, prédominant au niveau de la fosse iliaque droite, ayant conduit à une appendicectomie en mai 1960. Sans amélioration.
- Dyspareunie.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus rétroversé.
- Pas de masse annexielle.

HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE

- Polype intra-cavitaire.

INTERVENTION (23 septembre 1960)

- *Premier temps : voie basse.* Amputation du col.
- *Deuxième temps : voie haute.*
- *Exploration :*
 - Utérus complètement rétroversé.
 - Varicocèle pelvien surtout important à gauche.

- Déchirure du ligament large gauche : syndrome de Masters et Allen.
- Ovaire gauche normal.
- Ovaire droit porteur de plusieurs kystes dont un gros à contenu liquidien, et d'un corps jaune.
- *Technique :*
 - Cloisonnement du Douglas.
 - Suture de la déchirure du ligament large.
 - Pestalozza.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Hystérotomie médiane : ablation du polype.
 - Résection cunéiforme de l'ovaire droit.

HISTOLOGIE

- *Ovaire :* revêtu par une coque d'épaisseur moyenne dont la partie externe est scléreuse. On trouve de nombreux follicules primordiaux et quelques follicules dilatés dont la thèque et la granulosa sont atrophiées.

RÉSULTATS

- Novembre 1960 : persistance de quelques douleurs pelviennes.
- Décembre 1960 : règles normales. Examen normal. Quelques douleurs pelviennes.

CAS N° 76

Mme Bor..., vingt-neuf ans

ANTÉCÉDENTS

- Trois accouchements.

CONSULTE POUR

- Rétroversion utérine douloureuse.

EXAMEN CLINIQUE

- Kyste de l'ovaire gauche.
- Rétroversion utérine.

INTERVENTION (1948)

- *Exploration :*
 - Kyste de l'ovaire gauche, de la taille d'une orange.
 - Rétroversion utérine.

— *Technique :*

- Résection du kyste.
- Hystéropexie (Pellanda).
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- La corticale est d'épaisseur normale.
- Bordure du kyste : épithélium cubique.
- Cavité kystique.

RÉSULTATS

- 1959 : douleurs pendant tout le cycle ; syndrome prémenstruel ; cycles : 28 jours/2 jours.
- 1960 : masse annexielle gauche de la taille d'une mandarine.

CAS N° 77

Mme Ler..., quarante ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycles : 28 jours/5 à 6 jours.
- En 1954, ménorragies : traitement par androgènes et progestérone.

CONSULTE POUR (1957)

- Dysménorrhée primaire.
- Métorragies intermenstruelles.
- Depuis trois mois, troubles des règles : traitement par Synkavit et Lutogyl.

HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE

- Cavité normale.
- Trompes injectées.

INTERVENTION (1957)

— *Exploration :*

- Utérus peu rétroversé, mobile.
- Ovaire droit normal.
- Ovaire gauche de la taille d'une pomme, micropolykystique.
- Trompe gauche normale.
- Trompe droite : à la partie distale, dans le mésosalpinx, kyste de la taille d'un œuf.

— *Technique :*

- Résection ovarienne partielle bilatérale.
- Ablation du kyste du mésosalpinx.
- Cure de la rétroversion (Pellanda).

HISTOLOGIE

- 1) Kyste du mésosalpinx, séreux.
- 2) Ovaire gauche polykystique.
- 3) Ovaire droit scléreux, riche en *corpus albicans*.

RÉSULTATS

- Traitement complémentaire : Cycladiène et Sténandiol.
- Guérison.
- Cycle : 23-25 jours/5 jours.

CAS N° 78

Mme Cle..., vingt-quatre ans

ANTÉCÉDENTS

- Deux accouchements : 1952 et 1954.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.

INTERVENTION (1960)

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé.
 - Trompes normales.
 - Gros ovaires en position postérieure dans le Douglas. Liquide séro-sanguinolent dans le péritoine (30 à 40 cm³).
 - Dépéritonisation de la face postérieure des ligaments larges.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - Suture des ligaments larges.
 - Pestalozza.
 - Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Les deux fragments d'ovaire ont le même aspect.
- La corticale est d'épaisseur normale.
- Dans le stroma, on note la présence de follicules atrétiques à différents stades, de follicules kystiques limités par un épithélium cubique.
- Pas de follicules en évolution, ni de cicatrice de corps jaune.

RÉSULTATS

- Guérison fonctionnelle.

CAS N° 79

Mme Bal..., trente-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Six accouchements.
- Cycles : 25 à 35 jours. Durée : 4 à 5 jours, avec caillots.

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée.
- Douleurs pelviennes avec asthénie.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroversion utérine.

HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE

- Cavité légèrement augmentée de volume.
- Passage tubaire.

INTERVENTION (1960)

- *Exploration* :
 - Gros utérus en position postérieure.
 - A gauche : ovaire micropolykystique.
 - A droite : gros ovaire fixé à la face postérieure du ligament large.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - Suture des ligaments utéro-sacrés.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Le stroma contient de nombreuses cicatrices de corps jaunes, et un corps jaune au stade de régression.
- Pas de follicules en évolution.

RÉSULTATS

- Amélioration des douleurs.
- Amélioration du syndrome prémenstruel.

CAS N° 80

Mme San..., trente ans

ANTÉCÉDENTS

- Trois accouchements.
- Six avortements.

CONSULTE POUR

- Syndrome prémenstruel
- Cycle : 28 jours. Durée : 8 jours. Règles peu abondantes.

INTERVENTION (1959)

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé.
 - Gros ovaire droit micropolykystique.
 - Ovaire gauche normal.
 - A gauche, veines dilatées à la base du ligament large.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle droite.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Suture du ligament large.

HISTOLOGIE

- Le fragment d'ovaire contient un corps jaune jeune en voie de dégénérescence.

RÉSULTATS

- Cycles réguliers. Règles non trainantes.

CAS N° 81

Mme Le M..., trente-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Quatre accouchements : 1950, 1952, 1953, 1955.
- Cycles : 28 à 30 jours/3 à 7 jours.

CONSULTE POUR

- Douleurs à type de lombalgies.
- Asthénie.
- Dyspareunie.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroflexion utérine très douloureuse et non réductible.
- Exocervicite.

INTERVENTION (1957)

— *Exploration :*

- Gros utérus rétrofléchi dans le Douglas.
- Trompes normales.
- Ovaires d'aspect scléreux à corticale épaisse.
- Syndrome de Masters et Allen, à gauche.

— *Technique :*

- Ponction ovarienne droite.
- Résection ovarienne gauche surtout corticale.
- Cloisonnement du Douglas.
- Pestalozza.
- Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Corticale très épaisse et scléreuse, à la base de laquelle on trouve de rares follicules primordiaux.

RÉSULTATS

- Guérison fonctionnelle.
- En 1958 : grossesse, accouchement prématuré, enfant mort.

CAS N° 82

Mme Lud..., trente ans

ANTÉCÉDENTS

- Deux accouchements (1953, 1955).
- Un avortement.

CONSULTE POUR

- Dyspareunie.
- Dysménorrhée.
- Douleurs pelviennes et lombaires.
- Asthénie.
- Irrégularité menstruelle.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus rétrofléchi.
- Gros ovaire droit postérieur.

INTERVENTION (1957)

— *Exploration :*

- Utérus rétrofléchi.
- 5 à 10 cm³ de liquide séro-hémorragique dans le Douglas.
- Annexes gauches normales.
- Annexes droites : gros ovaire micropolykystique ; ponction de plusieurs follicules.
- Syndrome de Masters et Allen.

— *Technique :*

- Résection ovarienne partielle droite.
- Cloisonnement du Douglas.
- Pestalozza.
- Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Le stroma ovarien est normal.
- On note la présence de deux follicules primaires et d'un corps jaune en phase de régression.

RÉSULTATS

- Cycles 28 jours/2 jours.
- Guérison.

CAS N° 83

Mme Ben..., trente-six ans

ANTÉCÉDENTS

- Un accouchement en 1953.
- Cycles : 28 jours/5-6 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire.
- Douleurs pelviennes.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroversion utérine.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Biopsie de l'endomètre* : aspect folliculinique (16^e jour).
- *Hystérosalpingographie* : cavité utérine atone, étalée, image d'hyperplasie au niveau du bord inférieur droit et de la corne gauche. Trompes perméables.

INTERVENTION (1959)

— *Exploration* :

- Gros utérus mou, entièrement basculé dans le Douglas.
- Annexes droites normales.
- Annexes gauches : gros ovaire micropolykystique.

— *Technique* :

- Ponction et résection partielle de l'ovaire droit.
- Hystérotomie médiane et curetage.
- Hystéropexie (Pellanda).
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- *Utérus* : muqueuse plate dont les glandes sont en phase folliculo-lutéinique.
- *Ovaire* : corticale d'épaisseur normale ; 1 follicule plissé ; 1 follicule atrétique.

RÉSULTATS

- Guérison fonctionnelle.

CAS N° 84

Mme Gou..., vingt-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Un avortement.
- Un accouchement en 1955.
- Cycles : 29 jours/8 jours. Règles abondantes.

CONSULTE POUR

- Dysménorrhée.
- Dyspareunie.
- Stérilité secondaire.
- Asthénie.

INTERVENTION (1958)

— *Exploration* :

- Petit utérus rétroversé.
- Petites nodosités sur les ligaments utéro-sacrés.
- Syndrome de Masters et Allen gauche.
- Follicule kystique de l'ovaire droit.

— *Technique* :

- Suture du ligament large.
- Cloisonnement du Douglas.

- Pestalozza.
- Résection ovarienne partielle droite.
- Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Corticale d'épaisseur normale.
- Dans la médullaire, on trouve 2 microkystes folliculaires.
- Pas d'endométriase.

RÉSULTATS

- Guérison fonctionnelle.
- En 1959 : accouchement.

CAS N° 85

Mme Mor..., vingt-deux ans

ANTÉCÉDENTS

- Un accouchement.
- Un avortement.
- Cycles : 28 jours/5 à 6 jours.

CONSULTE POUR

- Troubles des règles : cycle allongé, irrégulier.
- Douleurs pelviennes.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus rétroversé.

HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE

- Utérus bicorne.

INTERVENTION (1957)

- *Exploration* :
 - Utérus complètement basculé.
 - Trompes normales.
 - Gros ovaires scléro-kystiques, en position postérieure.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - Suture des ligaments utéro-sacrés.
 - Pestalozza.
 - Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Corticale d'épaisseur normale mais, par endroits, on note des signes de sclérose.
- Il existe de nombreux follicules primordiaux, un follicule kystique et des cicatrices de corps jaunes.

RÉSULTATS

- Cycle normal : 30 jours/3 jours.
- Guérison des douleurs.

CAS N° 86

Mme Tra..., vingt-huit ans

ANTÉCÉDENTS

- Kystes ovariens dermoïdes bilatéraux ; kystectomie bilatérale (1945).
- Depuis, 2 accouchements (1948 - 1951).

CONSULTE POUR

- Syndrome prémenstruel.
- Dysménorrhée. Douleurs lombaires.
- Ménorragies ; cycles : 28 jours/8 jours.

EXAMEN CLINIQUE

- Rétroversion utérine.

BIOPSIE DE L'ENDOMÈTRE

- Normale.

INTERVENTION (1954)

- *Exploration* :
 - Gros utérus mou, complètement basculé dans le Douglas.
 - A gauche : gros ovaire micropolykystique.
 - A droite : ovaire adhérent à la face postérieure du ligament large et au recto-sigmoïde. Petits kystes hématiques.
 - Fibrome de la taille d'une cerise sur la face postérieure de la corne gauche de l'utérus.
- *Technique* :
 - Myomectomie.

- Résection ovarienne bilatérale.
- Hystéropexie (Pellanda).
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- 1° Myome pur.
- 2° A droite : fragment de corps jaune. Les cellules lutéiniques sont en voie de hyalinisation plus ou moins avancée.
- 3° A gauche : stroma ovarien normal contenant un petit kyste dermoïde.
Pas de signe de malignité.

RÉSULTATS

- Malade non revue depuis 1954.

CAS N° 87

Mme Bou..., trente ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycles : 32 jours/5 jours.
- Néphropexie bilatérale pour hydronéphrose et ptose rénale.
- 1953 : grossesse avec toxémie gravidique.

CONSULTE EN 1955 POUR

- Stérilité secondaire.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Insufflation* : passage péritonéal.
- *Glaire* : normale.
- *Hystérosalpingographie* : rétroversion, passages péritonéaux.
- *Spermogramme* : normal.

INTERVENTION (1956)

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé.
 - Ovaires postérieurs.
 - Trompes normales.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne droite.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Stroma ovarien normal.
- Quelques follicules primordiaux.
- Un corps jaune jeune.
- Pas d'endométriase.

RÉSULTATS

- Stérilité persistante.
- Utérus bien fixé.

CAS N° 88

Mme Ber..., quarante-deux ans

ANTÉCÉDENTS

- Un accouchement.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus rétrofléchi.
- Gros ovaire droit dans le Douglas.

INTERVENTION (1957)

- *Exploration :*
 - Utérus complètement rétroversé.
 - Ovaires non visibles.
 - Ovaire droit normal.
 - Ovaire gauche nettement augmenté de volume ; micropolykystique.
- *Technique :*
 - Résection ovarienne partielle gauche.
 - Réfection des utéro-sacrés.
 - Pestalozza.
 - Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Corticale d'épaisseur normale contenant quelques follicules primordiaux et un follicule primaire.
- Pas d'anomalie.

RÉSULTATS

- Amélioration des douleurs.
- Persistance d'une ovulation douloureuse.

CAS N° 89

Mme Ame..., trente-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Un avortement (1948).
- Deux accouchements (1950 et 1952).
- Cycles : 28 jours/4 jours.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus fixé en rétroversion.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration :*
 - Utérus complètement basculé, masquant les annexes.
 - Varicosités des ligaments larges.
 - Ovaires à coque scléreuse.
 - Syndrome de Masters et Allen bilatéral.
- *Technique :*
 - Suture des ligaments larges.
 - Cloisonnement du Douglas.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- Corticale légèrement épaisse et scléreuse.
- Dans le tissu sous-jacent, on trouve quelques follicules primordiaux et atrophiques.

RÉSULTATS

- Echec : douleurs persistantes.

* *

VI — Fibromes

(Observations n^{os} 90 à 101)

CAS N^o 90

Mme Mal..., quarante ans

CONSULTE POUR

— Ménorragies : cycles 26 jours/6 jours. Règles avec caillots.

EXAMEN CLINIQUE

— Gros utérus.

HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE

— Cavité agrandie.

— Fond irrégulier.

INTERVENTION (1958)

— *Exploration :*

— Utérus en position postérieure, présentant trois noyaux de la taille d'une mandarine.

— Ovaires scléreux.

— *Technique :*

— Myomectomies multiples.

— Résection ovarienne partielle bilatérale.

— Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

1^o Myome.

2^o Ovaires : fragments formés uniquement par de la corticale épaisse et scléreuse, dans laquelle on ne trouve aucun follicule.

RÉSULTATS

— Guérison ; cycles 22 jours/4 jours.

CAS N° 91

Mme Mol..., trente-deux ans

ANTÉCÉDENTS

- Réglée à douze ans.
- Cycles : 28-30 jours/4-5 jours.
- Infection pelvienne.
- 1950 : ménorragies pendant 6 mois, traitées par Cycladiène et Stérandryl.

CONSULTE EN 1957 POUR

- Stérilité primaire (9 ans).
- Depuis 6 mois, règles pathologiques.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Glaire* : normale.
- *Hystéroggraphie* : utérus antéversé, cavité normale. Bonne injection des trompes. Image de pénétration péritonéale.
- *Biopsie de l'endomètre* : polype du col : polype muqueux endocervical. Phase folliculo-lutéinique. Pas d'anomalie (24^e jour).
- *Spermogramme* : normal.
- 1958 : *insufflation* après traitement : scapulalgie bilatérale immédiate.
- 1958 : découverte d'un fibrome utérin à accroissement rapide.

INTERVENTION (1959)

- *Exploration* :
 - Utérus en antéposition, porteur d'un gros myome polylobé sur la face antérieure du corps utérin, près du bord droit.
 - Trompes normales.
 - Les ovaires ont une albuginée épaisse et blanchâtre sans follicule visible.
- *Technique* :
 - Myomectomie.
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- *Ovaire droit* : revêtu d'une coque scléreuse, assez épaisse. Dans le stroma sous-jacent, on trouve des corps jaunes cicatriciels et un follicule ne présentant pas d'activité fonctionnelle.
- *Ovaire gauche* : revêtu également par une coque épaisse. Le stroma contient des corps jaunes cicatriciels et un follicule kystique tapissé par la granulosa qui est réduite à une ou deux assises cellulaires.

RÉSULTATS

- Guérison des ménorragies.
- Echec au point de vue stérilité.

CAS N° 92

Mme Gra..., quarante ans

ANTÉCÉDENTS

- Deux accouchements.
- Deux avortements.

CONSULTE POUR

- Ménorragies ; les règles durent 11 à 15 jours.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus rétrofléchi.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Biopsie de l'endomètre* : glandes nombreuses, la plupart de taille normale, deux kystiques. Nombreuses mitoses. Stroma dense. Endomètre folliculinique persistant.
- *Hystérosalpingographie* : lésion arrondie de la moitié gauche du fond utérin ; noyau fibreux endocavitaire. Trompes perméables.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - Utérus rétrofléchi.
 - Déchirure du ligament large droit, à la fois antérieur et postérieur.
 - Annexes gauches normales.
 - A droite : trompe normale, kyste folliculaire ponctionné.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle droite.
 - Suture du ligament large droit.
 - Hystérotomie : polype muqueux. Petit myome de la face postérieure.
 - Pestalozza.
 - Hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Endomètre : légère hyperplasie glandulo-kystique.

— Ovaire : corticale d'épaisseur normale, pas de follicules primordiaux, nombreux *Corpus albicans*. A l'extrémité du fragment, présence de quelques cellules appartenant à un corps jaune récent.

RÉSULTATS

— Guérison.

CAS N° 93

Mme Meu..., trente-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Un avortement en 1948.
- Cycles : 28 jours/4 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire (5 ans).
- Douleurs lombaires.
- Dysménorrhée.
- Dyspareunie.

INTERVENTION

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé.
 - Myome de la face antérieure de l'utérus, de la taille d'une mandarine.
 - Ovaires scléro-kystiques.
 - Pavillons des trompes normaux.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - Myomectomie.
 - Implantation tubo-utérine.
 - Hystéropexie (Pellanda).
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- *Ovaire* : sensiblement normal ; stroma très dense ; cicatrice de corps jaune.
- *Myome* pur.

RÉSULTATS

- Douleurs non améliorées.
- Utérus bien fixé.
- Stérilité persistante :
 - frottis folliculiniques ;
 - glaire normale ;
 - hystérosalpingographie : obstruction tubaire à la corne utérine ;
 - insufflation : pas de passage.

CAS N° 94

Mme Abi..., trente-deux ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycles : 24 jours/3 à 4 jours.
- 1940 : appendicectomie. Fixation de l'utérus pour rétroversion.

CONSULTE POUR

- Douleurs lombaires et pelviennes droites.
- Infection gonococcique.

INTERVENTION (1949)

- *Exploration* :
 - Trois fibromes utérins.
 - A gauche : trompe normale, kyste du corps jaune.
 - A droite : trompe et ovaire normaux.
- *Technique* :
 - Myomectomie.
 - Résection ovarienne partielle gauche.

HISTOLOGIE

- Ovaire normal. Corps jaune en activité présentant une surface hémorragique.

RÉSULTATS

- Non revue depuis l'intervention.

CAS N° 95

Mme Ley..., quarante-deux ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycles : 25 jours/3 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire.
- Syndrome douloureux prémenstruel (12 jours).

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus fibromateux avec un myome douloureux.
- Léger allongement hypertrophique du col.

HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE

- Cavité normale.
- Obturation des trompes au pavillon.

INTERVENTION (1955)

- *Exploration :*
 - Myomes multiples dont un de la taille d'une orange.
 - Obturation des deux trompes.
 - Ovaire gauche kystique.
- *Technique :*
 - Myomectomie multiple (12).
 - Salpingectomie bilatérale.
 - Résection ovarienne gauche.
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Hydrosalpinx bilatéral.
- Un fibrome nécrosé, les autres purs.
- Ovaire micropolykystique.

RÉSULTATS

- Disparition des douleurs.

CAS N° 96

Mme Scr..., quarante-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycles : 28 jours/3 jours.
- Deux accouchements.
- Un avortement.

CONSULTE POUR

- Volumineux fibrome de la taille d'une grossesse de trois mois.

HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE

- Cavité utérine très augmentée de volume ; allongement de l'isthme.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - Volumineux utérus fibromateux (deux myomes antérieurs, deux myomes postérieurs, dix noyaux).
 - Annexes normales.
- *Technique* :
 - Prélèvement d'un fragment de l'ovaire droit.
 - Pestalozza.
 - Myomectomie.

HISTOLOGIE

- 1° Myome.
- 2° Ovaire : mince bande corticale en bordure de laquelle on trouve la paroi d'un follicule atrophique.

CAS N° 97

Mme For..., quarante-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Un accouchement.

CONSULTE POUR

- Ménorragies.

EXAMEN CLINIQUE

- Gros utérus.

HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE

- Cavité utérine augmentée de volume.
- Image de polype intra-cavitaire.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - Gros utérus polyfibromateux de la taille d'un melon.
 - Trompes normales.
 - Gros ovaires présentant chacun un kyste folliculaire ponctionné : à droite, 15 cm³ de liquide ; à gauche, 20 cm³.
- *Technique* :
 - Hystérectomie subtotale avec conservation annexielle.
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- *Polype endo-utérin* : entièrement constitué par de la muqueuse. Les glandes sont nombreuses, certaines kystiques, en phase folliculinaire. Légère hyperplasie glandulo-kystique.
- *Muqueuse* : très épaisse dont les glandes sont légèrement kystiques.
- *Fibrome* : rien à signaler.
- Deux fragments d'ovaires : l'un contient un corps jaune récent.

CAS N° 98

Mme Wie..., trente-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycles : 28 jours/4 à 5 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire.
- Dysménorrhée.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Biopsie d'endomètre* : aspect folliculo-lutéinique.
- *Hystérosalpingographie* : utérus normal, passage péritonéal.
- *Insufflation* : courbe de passage péritonéal.
- *Cœlioscopie* : gros utérus en position indifférente, petit fibrome de la face supéro-antérieure.
 - Annexes gauches non visibles.
 - Annexes droites : ovaire libre, trompe normale.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - Utérus polyfibromateux.
- *Technique* :
 - Myomectomie.
 - Pestalozza.
 - Résection ovarienne partielle unilatérale.

HISTOLOGIE

- Myome en nécrobiose.
- Ovaire : corticale sans anomalie.

RÉSULTATS

- Stérilité persistante (azoospermie du mari).
- Guérison des douleurs.

CAS N° 99

Mme Toï..., trente ans

CONSULTE POUR

- Fibrome utérin.

HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE

- Hydrosalpinx bilatéral.

INTERVENTION (1950)

— *Exploration :*

- Fibrome de la taille d'une petite mandarine, pédiculé, situé au niveau de la corne gauche.
- A gauche : petit kyste de l'ovaire.
- A droite : ovaire de la taille d'une mandarine, trompe obturée.

— *Technique :*

- Myomectomie.
- Ponction du kyste, résection ovarienne partielle et salpingostomie bilatérale.

HISTOLOGIE

- *Fibrome :* dégénérescence hyaline.
- *Ovaire :* contient quelques follicules en régression et un résidu de corps jaune. Le fragment du kyste est bordé par des cellules épithéliales et quelques capillaires. Kyste folliculaire formé par la thèque.

CAS N° 100

Mme Mar..., trente-quatre ans

ANTÉCÉDENTS

- Trois accouchements.
- Un avortement.

CONSULTE POUR

- Fibrome utérin.

HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE

- Cavité utérine augmentée de volume.

INTERVENTION (1957)

— *Exploration :*

- Utérus polyfibromateux.

- *Technique* :
- Myomectomie (douze fibromes).
- Résection ovarienne partielle gauche.
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Myome.
- Le fragment d'ovaire est formé par un corps jaune très jeune, hémorragique.

CAS N° 101

Mme Cea..., quarante-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycles : 28 jours/3 à 4 jours.
- Trois accouchements.
- En septembre 1956 : ménorragies.

CONSULTE POUR

- Ménorragies.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES (1959)

- *Biopsie d'endomètre* : phase folliculo-lutéinique (vingt-deuxième jour). Pas d'anomalie. Polype endocervical. Polype muqueux sans signe de malignité.
- *Hystérosalpingographie* : grosse cavité utérine présentant des images en double tonalité du centre et du fond.
- *Frottis* : aspect lutéinique, cytolyse. Classe II.

INTERVENTION (1960)

- *Exploration* :
- Gros utérus antéversé.
- Annexes droites normales.
- Gros ovaire gauche.
- *Technique* :
- Hystérectomie subtotale avec conservation des annexes.
- Résection ovarienne partielle bilatérale.
- Résection conoïde du col.

HISTOLOGIE

- Les deux fragments d'ovaire sont formés par deux corps jaunes identiques, l'un et l'autre en début de phase de régression.
- Myomes sous-muqueux, plusieurs myomes de la paroi.
- Muqueuse très épaisse. Début de phase folliculo-lutéinique. Ni hyperplasie. Ni malignité.

* *

VII — Salpingo-ovarites

(Observations n^{os} 102 à 118)

CAS N° 102

Mme Vil..., trente-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Régée à quatorze ans.
- Cycle : 30 jours/4 jours.
- Un avortement.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire.
- Ménorragies abondantes.

EXAMEN CLINIQUE

- Utérus en rétroversion fixée.
- Ovaire droit un peu gros, sensible.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Insufflation* : mauvaise courbe.
- *Hystérosalpingographie* : cavité normale, hydrosalpinx gauche, trompe droite non injectée.
- *Glaire cervicale* : épaisse, coagulée.
- *Frottis vaginaux* : classe II, réaction inflammatoire. Exocervicite.

INTERVENTION (1959)

- *Exploration* :
 - Utérus présentant quatre noyaux fibreux et très petits.
 - Annexes en position postérieure dans le Douglas, entraînées par l'utérus rétroversé, complètement collées à la face postérieure du ligament large et au péritoine du Douglas.
 - Nombreuses adhérences recouvrant trompes et ovaires.
- *Technique* :
 - Myomectomies.
 - A droite : résection ovarienne partielle après libération difficile de l'ovaire qui est couenneux. Etant donné l'oblitération à la corne, on renonce à toute plastie tubaire.

- A gauche : libération de l'ovaire qui est aussi *couenneux*. Résection ovarienne partielle. Salpingostomie.
- Pestalozza, hystéropexie (Pellanda).

HISTOLOGIE

- Ovaire* : on note la présence de nombreux vaisseaux et de deux cicatrices de corps jaune. Aucun follicule en évolution.
- *Trompe* : tissu congestif légèrement inflammatoire, au niveau duquel on note la présence de rares franges atrophiques.

RÉSULTATS

- Amélioration du cycle : 28 jours/4 jours.
- Stérilité : échec. Mais courbe de passage péritonéal.
- 1960 : insufflation : mauvaise courbe. Evolution vers la sclérose.

CAS N° 103

Mme Ber..., vingt-quatre ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28 jours/4 à 5 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (un an).
- Troubles des règles.
- Syndrome prémenstruel.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - Utérus de taille normale.
 - A droite : gros ovaire de la taille d'une grosse prune, en position postérieure, voiles péri-ovariens et péri-tubaires.
 - A gauche : kyste de l'ovaire, de taille d'une orange. Trompe épaisse, collée au recto-sigmoïde.
- *Technique* :
 - A droite : ponction d'un kyste ; liquide clair. Incision de l'ovaire qui paraît très œdémateux. Résection partielle. Salpingolysis.
 - A gauche : résection du kyste. Salpingectomie rétrograde.

HISTOLOGIE

- 1° *Paroi du kyste* : épithélium cubique mono et pluristratifié.
- 2° *Ovaire* : deux follicules kystiques, stroma normal.
- 3° *Trompe* : salpingite subaiguë.

RÉSULTATS

- 1° Amélioration du cycle.
- 2° Insufflation : passage péritonéal.
Mais : stérilité persistante.

CAS N° 104

Mme Nar..., trente-huit ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 28 jours/5-6 jours.
- Dysménorrhée.
- Deuxième mariage en 1954.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire.

EXAMEN CLINIQUE

- Masse ovarienne droite.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Glaire cervicale* : cristallisation en feuille de fougères.
- *Insufflation* : scapulalgie.
- *Examen du sperme* : normal.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - Utérus petit, antéversé.
 - A gauche : trompe et ovaire collés au ligament large et au sigmoïde.
 - A droite : trompe et ovaire collés au cæcum ; kyste ovarien de la taille d'une mandarine, ponctionné.
- *Technique* :
 - A gauche : salpingostomie.
 - A droite : résection ovarienne partielle, salpingostomie.

HISTOLOGIE

- Trompe droite : rares franges ; pas de cils sur l'épithélium cubique ; rares éléments inflammatoires.
- Trompe gauche : sclérose ; vaisseaux dilatés.

- Ovaire droit : le fragment contient un follicule en voie d'atrésie et de nombreuses cicatrices de corps jaune.
- Ovaire gauche : sang.

RÉSULTATS

- Stérilité persistante.

CAS N° 105

Mme Rab..., trente-quatre ans

ANTÉCÉDENTS

- Deux avortements (1951, 1952).
- Cycles : 28 jours/4 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire (deux ans).
- Dysménorrhée.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Insufflation* : pas de passage péritonéal.
- *Hystérosalpingographie* : pas de passage péritonéal.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - Utérus un peu augmenté de volume, présentant de petits noyaux fibromateux.
 - A droite : ovaire de taille normale ; trompe fermée, non dilatée ; fragment d'ovaire surnuméraire près du pavillon.
 - A gauche : hydrosalpinx ; ovaire collé à la face postérieure du ligament large, friable, contenant du sang noir.
- *Technique* :
 - A droite : salpingostomie ; résection du fragment d'ovaire surnuméraire.
 - A gauche : salpingostomie ; résection ovarienne partielle.
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- *Trompe droite* : salpingite subaiguë. Réaction inflammatoire très importante.
- *Trompe gauche* : réaction inflammatoire moins importante.
- *Ovaire* : pas d'anomalie.
- *Fibromes purs*.

RÉSULTATS

- Insufflation : scapulalgie.
- Malade perdue de vue depuis 1958.

CAS N° 106

Mme Gui..., vingt-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 32-35 jours/3 jours.
- Appendicectomie, drainage.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (trois ans).

INSUFFLATION

- Pas de passage péritonéal.

INTERVENTION (1957)

- *Exploration* :
 - Utérus normal antéversé.
 - Annexes complètement bloquées en arrière, adhérentes aux anses intestinales et à la face postérieure du ligament large.
 - Ovaire gauche soudé au bord latéral gauche de l'utérus.
- *Technique* :
 - Salpingolysis.
 - Salpingostomie gauche (vérification par insufflation).
 - Salpingostomie droite.
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- Trompe gauche : franges agglutinées ; pas de cil sur l'épithélium cubique ; chorion légèrement inflammatoire.
- Trompe droite : hydrosalpinx ancien.
- Ovaire gauche : un fragment est formé par un corps jaune très jeune.
- Ovaire droit : très nombreux follicules primordiaux et quelques kystes folliculaires.

RÉSULTATS

- Insufflation : scapulalgie immédiate.
- Hystérogaphie : arrêt ampullaire.
- Stérilité persistante.

CAS N° 107

Mme Ami..., trente-cinq ans

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (sept ans).
- Douleurs pelviennes.
- Dyspareunie.
- Troubles des règles à type de cycles irréguliers.

EXAMEN CLINIQUE

- Petit utérus rétroversé.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Hystérosalpingographie* : hydrosalpinx gauche.
- *Biopsie de l'endomètre* : normale.

INTERVENTION (1956)

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé fixé par de nombreuses adhérences au Douglas.
 - A gauche : volumineux hydrosalpinx collé à l'ovaire, lui-même adhérent à la face postérieure du ligament large.
 - A droite : libération d'adhérences. L'ovaire apparaît de meilleure qualité.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle droite.
 - A gauche : salpingectomie.
 - Ligamentopexie (Pellanda).
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Trompe : salpingite ancienne.
- Fragment d'ovaire : quelques follicules primordiaux, un follicule primaire.

RÉSULTATS

- Utérus antéversé.
- Douleurs persistantes.
- Troubles des règles.
- En 1960 : kyste folliculaire de l'ovaire droit ponctionné.

CAS N° 108

Mme Le P..., vingt-neuf ans

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (deux ans).

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Insufflation* : normale.
- *H.S.G.* : normale, légère stase intra-tubaire, passages péritonéaux.
- *Glaire* : abondante, claire.
- *Examen de sperme* : oligo-asthénospermie légère.
- *Cœlioscopie* : ovaires normaux ; pavillons tubaires difficiles à voir ; granulations blanchâtres sur la face antérieure du ligament large gauche et sur le ligament rond droit.

INTERVENTION (1956)

- *Exploration* :
 - Utérus petit, rétroversé.
 - A droite : ovaire normal ; trompe présentant plusieurs coudures, pavillon normal.
 - A gauche : pavillon normal, rétrécissement en dedans du pavillon.
- *Technique* :
 - Salpingolysis droit.
 - Résection ovarienne partielle droite.
 - Salpingostomie gauche.
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Ovaire : corticale épaissie ; présence de quelques follicules primordiaux ; une cicatrice de corps jaune.
- Trompe : lésion inflammatoire chronique.

RÉSULTATS

- Insufflation : scapulalgie immédiate.

CAS N° 109

Mme Dou..., trente ans

ANTÉCÉDENTS

- Deux accouchements par césarienne : 1947 et 1949.

CONSULTE POUR

- Ménorragies ; cycles : 26-28 jours, durant 15 jours.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Biopsie d'endomètre* : glandes nombreuses de taille normale en phase folliculaire ; formation polypeuse.
- *H.S.G.* : cavité utérine déformée, irrégulière ; trompe droite kystique.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - Gros utérus en antéversion, présentant une déhiscence segmentaire.
 - A gauche : trompe normale ; kyste hématique de l'ovaire rompu.
 - A droite : ovaire normal ; hydrosalpinx.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle gauche.
 - Salpingectomie droite.
 - Hystérotomie et curetage.

HISTOLOGIE

- 1° Endomètre : hyperplasie adénomateuse.
- 2° Trompe : lésion salpingienne chronique.
- 3° Ovaire : follicules atrétiques et un corps jaune.

RÉSULTATS (1959)

- Biopsie de l'endomètre : aspect folliculo-lutéinique.
- *Guérison.*

CAS N° 110

Mme Le B..., trente-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle : 27 à 28 jours.
- Avortement de trois mois en 1949.
- *Depuis* : douleurs quinze jours après les règles.

CONSULTE POUR

- Stérilité secondaire (trois ans).
- Douleurs pelviennes.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *H.S.G.* : hydrosalpinx bilatéral.

- *Biopsie de l'endomètre* : en phase pré-menstruelle : foyers inflammatoires, endométrite.
- *Examen du sperme* : spermatozoïdes peu mobiles.

INTERVENTION (1955)

- *Exploration* :
 - Utérus normal, antéversé.
 - Hydrosalpinx bilatéraux.
 - Ovaires encapuchonnés et à gauche collé à la face postérieure du ligament large.
 - Nombreux voiles d'adhérences couvrant les lésions salpingo-ovariennes.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - Salpingostomies bilatérales.

HISTOLOGIE

- Trompe gauche : subnormale.
- Ovaire gauche : corps jaune au stade de vascularisation.
- Trompe droite : hydrosalpinx.
- Ovaire droit : normal.

RÉSULTATS

- 1° *Douleurs* : amélioration.
- 2° *Insufflation* : scalpulalgie.
- 3° *Glaire* : claire.
- Mais* : stérilité persistante.

CAS N° 111

Mme Spe..., trente-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Avortement en 1953.
- Salpingite.
- Cycles : 25 jours/1 jour.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes.

INTERVENTION (1958)

- *Exploration* :
 - Utérus normal.
 - Ovaires normaux.

- Dans le mésosalpinx : quatre petites tumeurs kystiques, reliquats embryonnaires.
- Trompes saines, pavillons perméables.
- Syndrome de Masters et Allen : varicocèle, mince feuillet péritonéal.
- Ligaments utéro-sacrés : pas d'endométriase.
- *Technique* :
 - Résection partielle ovarienne gauche.
 - Résection du nerf présacré.

HISTOLOGIE

- Ovaire : stroma dense, contenant des follicules primordiaux ; absence de follicules en évolution.
- Kyste de l'ovaire : ovaire kystique formé d'un tissu lâche, tapissé sur sa face interne par une assise de cellules endothéliiformes.

RÉSULTATS

- Douleurs persistantes (1959).

CAS N° 112

Mme Boi..., vingt-huit ans

ANTÉCÉDENTS

- Bartholinite.
- Infection génitale.
- Cycle : 28 jours/2 jours.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (six ans).

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- *Frottis vaginaux* : hyperfolliculiniques.
- *Examen du sperme* : normal.
- *Insufflation* : normale.

INTERVENTION

- *Exploration* :
 - Utérus petit, en position intermédiaire.
 - Annexes adhérentes à la face postérieure du ligament large.
 - Ovaire gauche plus gros que l'ovaire droit.
- *Technique* :
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.
 - Salpingolysis : pavillons sains.
 - Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Microkystes (quatre).
- Stroma dense.
- Nombreux follicules primordiaux.
- Conclusion : ovaires micropolykystiques.

RÉSULTATS

- Stérilité persistante.

CAS N° 113

Mme Cha..., vingt-huit ans

CONSULTE POUR

- Masse annexielle bilatérale.

INTERVENTION (1952)

- *Exploration* :
 - A droite : pyosalpinx ; ovaire peu adhérent ; trompe facilement décollable.
 - A gauche : volumineux pyosalpinx ; ovaire kystique hémorragique et très adhérent.
- *Technique* :
 - Salpingectomie bilatérale.
 - Résection ovarienne partielle gauche.

HISTOLOGIE

- Trompes : réaction inflammatoire très importante ; salpingite aiguë.
- Ovaire gauche : stroma scléreux présentant des hémorragies en nappe, et des lésions inflammatoires ; ovarite aiguë.

RÉSULTATS

- Guérison.

CAS N° 114

Mme Ger..., vingt-huit ans

ANTÉCÉDENTS

- Salpingite gonococcique bilatérale.

CONSULTE POUR

- Douleurs pelviennes bilatérales.

INTERVENTION (1952)

— *Exploration* :

- A droite : volumineuse salpingite ; ovaire normal.
- A gauche : salpingite ancienne avec gros ovaire contenant un kyste hémattique.

— *Technique* :

- Salpingectomie bilatérale.
- Résection ovarienne partielle gauche.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DU PUS

- Pus à bacilles de Neisser.

HISTOLOGIE

- *Trompe* : salpingite aiguë.
- *Ovaire* : phénomènes inflammatoires, nombreux polynucléaires en amas et en traînées diffuses dans le parenchyme ovarien : *ovarite aiguë*.

RÉSULTATS

- Guérison, mais persistance d'un gros ovaire droit.

CAS N° 115

Mme Gri..., trente-cinq ans

ANTÉCÉDENTS

- Deux accouchements.
- Trois avortements.

CONSULTE POUR

- Crise douloureuse pelvienne droite, fébrile.

EXAMEN CLINIQUE

- Sous anesthésie :
 - utérus en rétroversion ;
 - masse annexielle droite.

INTERVENTION (1960)

— *Exploration* :

- Utérus latéro-versé.
- Annexes gauches normales.
- A droite : très grosse trompe à pavillon congestif collé sur l'ovaire, adhérent lui-même à la face postérieure du ligament large.

— *Technique* :

- Salpingectomie droite avec résection de la corne.
- Résection ovarienne partielle droite.
- Pestalozza.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DU PUS

- Absence de germe.
- Cultures stériles.

HISTOLOGIE

- Trompe : salpingite aiguë.
- Ovaire : ovarite aiguë.

RÉSULTATS

- Guérison.

CAS N° 116

Mme Qua..., trente et un ans

ANTÉCÉDENTS

- Intervention pour grossesse extra-utérine droite.

CONSULTE POUR

- Masse annexielle gauche.

INTERVENTION (1959)

— *Exploration* :

- Utérus un peu augmenté de volume, congestif.
- Ovaire droit normal, pas de trompe à droite.
- A gauche : kyste hématique développé aux dépens de la trompe (portion ampullaire) et d'une partie de l'ovaire. L'ensemble est très adhérent au sigmoïde, au péritoine pariétal, à la face postérieure de l'utérus.

— *Technique* :

- A gauche : salpingectomie rétrograde avec résection de la corne utérine. Ovariectomie partielle.
- Hystéropexie (Pellanda).
- Pestalozza.

HISTOLOGIE

- Trompe : salpingite aiguë.
- Ovaire : infiltration inflammatoire diffuse importante du stroma. Ovarite aiguë.

CAS N° 117

Mme Lem..., vingt-sept ans

ANTÉCÉDENTS

- Deux accouchements.

CONSULTE POUR

- Méno-métrorragies secondaires.

EXAMEN CLINIQUE

- Perception de deux masses annexielles.

BIOPSIE DE L'ENDOMÈTRE

- Hyperplasie muqueuse.

INTERVENTION

- *Exploration* :
 - Utérus rétroversé.
 - A droite : masse annexielle de la taille d'une orange.
 - A gauche : masse annexielle de la taille d'une mandarine.
- *Technique* :
 - Salpingectomie bilatérale.
 - Résection ovarienne partielle bilatérale.

HISTOLOGIE

- Trompes : *salpingite*.
- Ovaires : très œdématisés, stroma inflammatoire avec cicatrice de corps jaune : *ovarite aiguë*.

CAS N° 118

Mme Rou..., vingt-trois ans

ANTÉCÉDENTS

- Cycle de 28 jours/4 jours.
- Salpingite.

CONSULTE POUR

- Stérilité primaire (deux ans).
- Dysménorrhée.

INTERVENTION (1958)

— *Exploration* :

- Adhérences épiploïques.
- Deux anses grêles et le sigmoïde adhérent à la face postérieure de l'utérus.
- A gauche : pyosalpinx ; ovaire kystique de la taille d'un pamplemousse.
- A droite : pyosalpinx ; abcès de l'ovaire.

— *Technique* :

- A gauche : salpingectomie ; ponction du kyste ; résection ovarienne partielle.
- A droite : salpingectomie ; résection ovarienne (collection purulente).

HISTOLOGIE

- Trompes : salpingite ancienne : lumière dilatée, franges peu nombreuses, atrophiées ; îlots de sclérose ; lymphocytes, plasmocytes, éléments inflammatoires.
- Ovaires :
 - un fragment : corps jaune récent, pas d'éléments inflammatoires dans le stroma ;
 - un fragment : stroma ovarien limité par un épithélium muqueux pluri-stratifié, fragment de kyste muqueux.

RÉSULTATS

- Guérison.
 - Cycle : 28 jours, règles peu abondantes, régulières.
-

CONCLUSIONS

Nous rapportons les résultats de 119 résections ovariennes partielles exécutées par le même opérateur, notre Maître le Professeur Agrégé GRANJON, de l'année 1949 à l'année 1960.

Après une courte étude historique, qui nous a permis d'évoquer les travaux anciens de STEIN et LEVENTHAL (1935) et la thèse récente de Mme TCHOBROUTSKY, inspirée par notre Maître le Professeur VARANGOT (1959), nous avons appelé la *technique opératoire facile*, que ce soit l'énucléation d'un kyste, la résection partielle d'un ovaire libre, le décollement d'un ovaire adhérent et friable, ou même l'extirpation de foyers d'endométriase.

Nous avons signalé l'importance d'une *hémostase parfaite* dans cette chirurgie ovarienne conservatrice et fonctionnelle.

Les suites immédiates ont été excellentes. Nous n'avons noté *aucune complication post-opératoire*.

Nous avons insisté sur la valeur de l'examen clinique qui permet souvent de percevoir le *volume des ovaires*, comme nous l'avait appris notre Maître SEGUY, de la *cœlioscopie* qui précise leur aspect (PALMER), de la *cœliophotographie* au flash électronique récemment mise au point par notre Maître le Professeur Agrégé THOYER-ROZAT.

Les examens complémentaires endocrinologiques ont été détaillés, qu'il s'agisse :

- de l'*hormonologie pré-opératoire* : dosages hormonaux et tests fonctionnels, de « stimulation » (JAYLE et MALASSIS), de « freinage » (DECOURT, MICHARD, MAUVAIS);
- ou de l'*hormonologie per-opératoire* : dosages dans le sang de la veine ovarienne, des œstrogènes (VARANGOT, CÉDARD) et des 17-cétostéroïdes (VARANGOT, TCHOBROUTSKY); dosages dans le liquide des kystes folliculaires des œstrogènes et des 17-cétostéroïdes (GRANJON, YANNOTTI, CÉDARD).

La résection ovarienne partielle a été faite à l'occasion de troubles endocriniens, de troubles fonctionnels, ou de syndromes gynécologiques divers :

- 52 fois, elle a été un *acte isolé* ;

— 67 fois, elle a été un *geste chirurgical associé*, au cours de la même intervention, à d'autres gestes chirurgicaux (myomectomie, intervention d'orientation utérine, chirurgie plastique tubaire).

Nous rappelons le plan de notre thèse qui comprend *sept chapitres* bien définis.

Dans chacun d'eux, nous avons analysé nos observations, discuté les indications de la résection ovarienne partielle, donné nos résultats globaux et corrigés.

A la fin de chacun d'eux, nous avons isolé les deux ou trois cas où la symptomatologie fonctionnelle, l'aspect des ovaires, le résultat de l'intervention, parfois même le compte rendu histologique, rappelaient le syndrome de Stein-Leventhal.

1° *Spanioménorrhées ou aménorrhées secondaires du type Stein-Leventhal*, accompagnées ou non de stérilité et d'hypertrichose

Les meilleurs résultats sont obtenus chez les femmes :

- qui n'ovulent jamais ou n'ovulent que rarement ;
- qui ont une imprégnation œstrogénique suffisante, un taux de F.S.H. normal ;
- et dont les ovaires sont gros et réguliers, lisses, à coque épaisse et blanchâtre.

On obtient aussi de bons résultats quand tous ces signes ne sont pas réunis, que les femmes présentent des signes d'hypo-œstrogénie clinique, un taux de F.S.H. élevé ou très bas, un hypercorticisme indiscutable ou des ovaires de taille normale (syndrome anovulatoire de l'ovaire polykystique : VARANGOT, in *Thèse TCHOBROUTSKY*).

Nos résultats sont les suivants :

- 3 spanioménorrhées : 3 guérisons ;
- 1 aménorrhée secondaire : 1 amélioration transitoire, mais grossesse trois ans plus tard ;
- 2 stérilités : 1 grossesse.

2° *Ménométrorragies de la jeune fille*

Nous pensons que les résections ovariennes ont des indications exceptionnelles. Elles ne se conçoivent qu'après une longue évolution, après échec des traitements hormonaux et des curetages.

Dans ces cas restreints, elles nous semblent préférables à la castration temporaire par radiothérapie.

Nos résultats sont les suivants :

- 2 guérisons, 1 grossesse ultérieure ;
- 1 guérison avec petit épisode métrorragique sans gravité un an plus tard.

3° *Kystes « fonctionnels » de l'ovaire*

Nous avons distingué :

- a) LES SYNDROMES CHRONIQUES où l'indication de la résection ovarienne est relativement rare : 12 cas en dix ans.

Elle se conçoit lorsque les troubles fonctionnels sont importants, persistants et non améliorés par les traitements hormonaux ; lorsque les kystes sont de grande taille et ne varient pas de volume au cours du cycle ou d'un cycle à l'autre.

Nos résultats sont les suivants :

- 6 troubles du cycle : 6 guérisons ;
- 5 syndromes douloureux : 3 guérisons, 2 améliorations ;
- 3 stérilités : 1 grossesse ;
- au total : 6 femmes ont été enceintes dans les années qui ont suivi.

- b) LES SYNDROMES AIGUS par rupture ou torsion : 3 cas.

Nous considérons que, même dans les cas d'une rupture de kyste avec une hémorragie intra-péritonéale importante, la chirurgie fonctionnelle et conservatrice est possible et souhaitable.

Nos résultats en témoignent :

- 3 guérisons, suivies de 3 grossesses.

4° *Endométriose ovarienne*

Nous pensons que la chirurgie conservatrice, lorsqu'elle est possible, est formellement indiquée chez des femmes jeunes de moins de trente-cinq ans désirant avoir des enfants.

Nos résultats sont les suivants :

- 6 méno-métrorragies : 4 guérisons, 1 amélioration, 1 échec ;
- 23 syndromes douloureux : 16 guérisons, 6 améliorations, 1 échec ;

- 14 femmes ont consulté pour stérilité (2 doivent être éliminées : une stérilité d'origine masculine, une salpingectomie bilatérale) : 4 grossesses.

5° *Rétroversions utérines*

Nous pensons que les rétroversions utérines entraînant une symptomatologie fonctionnelle intense, non améliorée par le traitement médical, et s'accompagnant de troubles des règles, doivent être opérées et même opérées assez précocement.

Dans ces cas qui sont peu fréquents (37 en dix ans), les ovaires souvent prolabés sont toujours gros et dystrophiques.

Les résections partielles ont donné de bons résultats :

- 12 troubles du cycle : 7 guérisons, 4 améliorations, 1 femme n'a pas été revue ;
- 31 syndromes douloureux : 16 guérisons, 6 améliorations, 1 échec ;
- 11 stérilités : 5 grossesses ;
- au total : 8 femmes ont été enceintes dans les années qui ont suivi.

6° *Fibromes*

Nous avons montré la fréquence avec laquelle de gros ovaires dystrophiques accompagnaient les fibromes utérins.

Les résections ovariennes partielles ont été faites surtout pour examen systématique histochimique de ces ovaires.

Peu de résultats sont interprétables dans notre statistique.

Nous avons noté :

- 3 ménorragies : 3 guérisons ;
- 1 stérilité qui persiste.

7° *Salpingo-ovarites*

Nous avons distingué :

a). LES SÉQUELLES DE SALPINGO-OVARITES : 11 cas.

Nous avons remarqué que la résection ovarienne avait souvent une action favorable sur les troubles fonctionnels :

- 4 troubles du cycle : 1 guérison, 2 améliorations, 1 échec ;
- 4 syndromes douloureux : 1 amélioration, 2 échecs, 1 femme non revue.

Par contre, elle ne change rien au mauvais pronostic de la stérilité lorsque les trompes sont gravement lésées :

- aucune grossesse sur 9 stérilités.

b) LES SALPINGO-OVARITES SUBAIGUES : 6 cas.

Les résultats de la chirurgie conservatrice ont été bons : aucune complication infectieuse post-opératoire, cycles réguliers dans les suites.

En réalité, ces sept chapitres correspondent à trois indications :

- *Les syndromes fonctionnels :*
 - spanioménorrhées, aménorrhées ;
 - méno-métrorragies.
- *Les lésions ovariennes :*
 - kystes fonctionnels ;
 - endométriose ;
 - salpingo-ovarites.
- *Les gros ovaires découverts au cours de syndromes gynécologiques divers :*
 - fibromes ;
 - rétroversions.

A la fin de cette étude, nous exposons les résultats des résections ovariennes partielles sur les troubles fonctionnels dans des tableaux d'ensemble détaillés que nous résumons ici :

- *Spanioménorrhées ou aménorrhées secondaires :*
 - 87,5 % de guérisons ;
 - 12,5 % d'améliorations.
- *Méno-métrorragies :*
 - 65,2 % de guérisons ;
 - 26 % d'améliorations.
- *Cycles irréguliers :*
 - 65,2 % de guérisons ;
 - 25 % d'améliorations.
- *Syndromes douloureux :*
 - 57,1 % de guérisons ;
 - 25,7 % d'améliorations.

Nous ne pouvons cependant expliquer pourquoi la résection d'un quartier d'ovaire donne de bons résultats sur les troubles du cycle, car nous n'avons encore aucun critère histologique et peu de critères endocriniens.

Quant à la fonction de reproduction, elle a été préservée ou rétablie.

Nous ne prétendons pas produire une statistique sur la chirurgie de la stérilité ; nous constatons simplement que :

- sur les 81 femmes mariées, en âge de concevoir, il y a eu 20 grossesses dans les années qui ont suivi les résections ovariennes partielles ;
- et sur les 40 femmes stériles, il y a eu 11 grossesses.

Nous ne prétendons pas produire une statistique sur la chirurgie mais cette chirurgie correspond à notre idée du respect des organes de reproduction. Elle coïncide avec notre souci de préserver ou de rétablir la fonction ovarienne. Elle s'accorde avec notre conception de la chirurgie physiologique ou réparatrice.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
VARANGOT

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

1° REFERENCES GENERALES

- BAULIEU (E.E.). — Les hypercorticismes surrénaliens. (1 vol., 140 p., Masson éditeur, Paris, 1958.)
- COTTE (G.). — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. (3^e édit., Masson éditeur, 1949.)
- DUCUING (J.). — Fibro-myomes utérins. (Masson édit., Paris, 1946.)
- HUGUIER (J.) et GRANJON (A.). — Appareil génital féminin. (*Traité de Pathologie Chirurgicale*, Flammarion édit., 1956.)
- NOVAK (E.). — Gynecological and obstetrical pathology. (W.B. Saunders edit., Philadelphia and London, 1947.)
- PALMER (R.). — La stérilité involontaire. (Masson édit., Paris, 1950.)
- ROBEY (M.), TAILHEFER (A.), THOYER-ROZAT (J.). — Gynécologie et maladies du sein. (Hérel édit., Paris, 1948.)
- RUBIN (I.C.), NOVAK (J.). — Integrated gynecology. Vol. I: Principles and Practice. (The Blakiston Division, McGraw-Hill Book Company, 1956.)
- VARANGOT (J.). — Hormonothérapie gynécologique. (Masson édit., 1946.)

2° INTRODUCTION

- ALLEN (W.) and WOOLF (R.). — Medullary resection of the ovaries in the Stein-Leventhal syndrome. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 77, n° 4, 826-837, 1959.)
- BAILEY (K.V.). — Ovarian changes concerned with gonadotrophic dysfunction and associated with amenorrhea and infertility. Treatment by ovarian wedge resection and eversion with Gillian suspension. (*J. Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, LXVI, n° 4, 556-565, 1959.)
- FAURE (J.L.) et SIREDEY (A.). — Traité de gynécologie médico-chirurgicale. (Doin édit., Paris, 1928.)

MIROUZE (J.), BORIES-AZEAU (A.), COLIN (R.). — Le syndrome des gros ovaires blancs emprisonnés (syndrome de Stein-Leventhal) : à propos de trois observations. (*Rev. Franç. Gynéc. Obstét.*, 54, n° 9-10, 659-668, 1959.)

REYCRAFT (J.L.). — Operative procedure for the treatment of sterility and ovarian dysfunction. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 57, 1069-1076, 1949.)

3° TECHNIQUE

AMELINE (A.) et TROISIER (Mme S.). — Le traitement chirurgical de « l'ovarite scléro-kystique ». (*Gynéc. Prat.*, 4, n° 3, 226, 1953.)

CORDIER (G.) et THOYER-ROZAT (J.). — Chirurgie gynécologique et examen peropératoire des lésions. (*Sem. Hôp. Paris*, 28, n° 29, 1218, 1952.)

MOCQUOT (P.) et RUDLER (J.C.). — Opérations sur les organes génitaux de la femme par voie abdominale. (*Traité de Technique Chirurgicale*, tome V, p. 108, Masson éditeur, 1956.)

VARANGOT (J.) et CÉDARD (L.). — Dosage comparatif des œstrogènes sanguins dans le sang veineux périphérique et le sang de la veine ovarienne. (*C.R. de la Société de Biologie*, CLIII, n° 11, 1701-1707, 14 novembre 1959.)

WALTHER. — *J. Chir. Méd. Prat.*, juin 1922.

4° EXAMENS PRE-OPERATOIRES

BAULD (W.S.). — A method for the determination of œstriol, œstrone, and œstradiol 17- β in human urine by partition chromatography and colorimetric estimation. (*The Bioch. Jour.*, 63, 3, 488-495, 1956.)

BÉCLÈRE (C.). — Accidents aigus de lutéinisation ovarienne massive. Posologie des gonadotrophines en gynécologie. (*Presse Méd.*, 68, n° 2, 31-32, 1960.)

BOTELLA-LLUSIA (J.). — Le virilisme chez la femme. (*Encycl. Méd. Chir.*, Gynécologie, 146 D10, octobre 1957.)

— La courbe des 17-cétostéroïdes après injection de gonadotrophine chorionique comme épreuve fonctionnelle de la surrénale sexuelle. (*Livre Jubilaire*, Amédée Laffont édit. ; *Encycl. Méd. Chir.*, 53-62, Paris, 1952.)

— Endocrinologie de la femme. (Edit. Editorial Cientifico Medica, Barcelone et Madrid, 1956.)

BROWN (J.B.). — Urinary excretion of œstrogens during the menstrual cycle. (*The Lancet*, 320-323, 1955.)

— A chemical method for the determination of œstriol, œstrone and œstradiol in urine. (*The Bioch. Jour.*, 60, 185-193, 1955.)

- BRICAIRE (H.) et MATHIEU DE FOSSEY (B.). — Revue d'endocrinologie. (*Rev. Prat.*, X, n° 18, 1924, 1960.)
- BURTHIAULT (R.), BÉTHOUX (R.) et GABRIEL (H.). — Muqueuse utérine « d'aspect folliculo-lutéinique » avec hypo-prégnandiurie et hyper-androgénurie. Considérations préliminaires. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 12, n° 2, 162-164, 1960.)
- CÉDARD (Mme L.). — Dosage fluorimétrique des œstrogènes sanguins après fractionnement chromatographique. Technique, vérification et application à l'étude de quelques états physiologiques et pathologiques chez la femme. (*Path. Biol.*, 8, n° 9-10, 901-915, 1960.)
- CERVINO (J.M.), RAVERA (J.J.), GROSSO (O.F.), POLI DE SANTIAGO (A.), MORATOMANARO (J.), MUSSIO-FOURNIER (J.C.). — Syndrome de Stein-Leventhal. A propos de deux sœurs atteintes de ce syndrome. (*Ann. Endocrinol.*, 17, 355, 1956.)
- COHEN (A.). — Sur certains aspects de l'élévation des 17-cétostéroïdes urinaires chez la femme. (*Thèse*, Paris, 1957, n° 431.)
- COLLOQUES. — Sur les critères morphologiques de la fonction androgène. (*Bull. Soc. Royale Belge Gyn. Obst.*, 25, n° 1, 34-86, 1955.)
- DECOURT (J.), JAYLE (M.F.), BAULIEU (E.E.). — Virilisme cliniquement tardif avec excrétion de prégnanetriol et insuffisance de la production du cortisol. (*Ann. Endocrinol.*, 18, 416-422, 1957.)
- DECOURT (J.), JAYLE (M.F.), MICHARD (J.P.), MAUVAIS (P.). — Utilisation de la dexaméthasone dans les épreuves de freinage de la cortico-surrénale. (*Sem. Hôp. Paris*, 36, n° 10, 351-355, 1960.)
- DECOURT (J.), JAYLE (M.F.), MICHARD (J.P.) et BAULIEU (E.E.). — L'exploration fonctionnelle de la cortico-surrénale par le dosage des stéroïdes urinaires, avant et après perfusion intra-veineuse d'A.C.T.H. (*Presse Méd.*, 62, 1383, 1954.)
- Diversité des réponses surréaliennes à la perfusion intraveineuse d'A.C.T.H. dans différents cas de virilisme chez la femme. (*Ann. Endocrinol.*, 16, n° 4, 535-541, 1955.)
- DECOURT (J.), MAUVAIS (P.) et MICHARD (J.P.). — Les épreuves de freinage de la cortico-surrénale. Applications cliniques. Déductions thérapeutiques. (*Rev. Prat.*, X, n° 18, 1945-1955, 1960.)
- DE GENNES (L.), BRICAIRE (H.) et MOUSSALAM (F.). — Activité lutéale et frottis vaginaux. (*Presse Méd.*, 66, n° 25, 559-562, 1958.)
- DINGEMANSE (E.), HUIS IN'T VELD (L.G.) et DE LAAT (B.M.). — Clinical method for the chromatographic-colorimetric determination of urinary 17-ketosteroids. (*J. Clin. Endocrinol.*, 6, 535, 1946.)
- EZES (H.) et BOURDON (R.). — Lutéinisation massive aiguë des ovaires après injections de gonadotrophines au cours d'une grossesse méconnue. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 12, n° 3, 266-267, 1960.)

- GILBERT-DREYFUS, ZARA (M.) et ALEXANDRE (C.). — Hirsutisme féminin et virilisme pileaire. (*Sem. Hôp. Paris*, 27, n° 32, 1398-1404, 1951.)
- GRANJON (A.) et BELLAIR. — La gynécographie. (*Bull. Méd.*, 66, 387, 1952.)
- GUILHEM (P.) et ESPAGNO (G.). — Apparition de kystes ovariens après traitement par gonadotrophine. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 12, n° 4, 441-442, 1960.)
- JAILER (J.W.), LOUCHART (J.), CAHILL (G.F.). — Adrenal virilism: diagnostic considerations and treatment. (*J.A.M.A.*, 150, 575-579, 1952.)
- JAYLE (M.F.) et BAULIEU (E.E.). — Fractionnement des 17-cétostéroïdes neutres urinaires en trois catégories physiologiquement distinctes. (*Bull. Soc. Chim. Biol.*, 34, 1200, 1952.)
- JAYLE (M.F.), GUÉGUEN (J.), VALLIN (Y.), VEYRIN-FORBER (F.). — Exploration dynamique du corps jaune après stimulation par les gonadotrophines chorioniques. (*Presse Méd.*, 64, n° 85, 1965, 1956.)
- JAYLE (M.F.), MALASSIS (D.). — Dosage de la déhydroépiandrostérone urinaire. Ses applications cliniques. (*Ann. Biol. Clin.*, n° 10-12, 657-666, 1959.)
- KEETEL (W.C.), BRADBURY (J.T.), STODDARD (F.J.). — Observations on the polycystic ovary syndrome. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 73, 954, 1957.)
- KLOPPER (A.), MICHIE (E.A.), BROWN (J.B.). — Méthode de dosage du prégnandiol urinaire. (*J. Endocrinol.*, 12, 209-219, mai 1955.)
- LAFFARGUE (P.), GARES (R.) et LUSCAN (R.). — Syndrome de Stein-Leventhal avec fractionnement chromatographique des 17-C.S. (*Rev. Fr. Gynéc. Obst.*, 54, n° 1, 39-44, 1959.)
- LA FONCTION LUTÉALE. — Biologie. Exploration fonctionnelle et pathologie. (*Publication des colloques sur la fonction lutéale*, avril 1954, Masson éditeur, Paris.)
- MAUVAIS-JARVIS (P.). — Inhibition de la sécrétion d'A.C.T.H. par les corticostéroïdes de synthèse. Essai de codification d'une « épreuve de freinage » chez la femme normale. Principales applications cliniques. (*Thèse*, Paris, 1960, n° 351.)
- PALMER (R.). — La cœlioscopie dans les ovarites. (*Rapport aux Assises Françaises de Gynécologie*, Bordeaux, 25-28 mai 1953.)
- PALMER (R.) et DORANGEON (P.). — La cœlioscopie dans les ovarites. (*Gynéc. Prat.*, 4, n° 3, 223, 1953.)
- PLATE (W.P.). — The stimulating effect of chorionic gonadotropin on the adrenal cortex. (*Acta Endocrinol.*, 11, n° 2, 119-126, 1952.)
- PUNDEL (J.P.). — Acquisitions récentes en cytologie vaginale hormonale. (Masson éditeur, 1957.)
- Rapport aux colloques sur les critères morphologiques de la fonction androgène. (*Bull. Soc. Royale Belge Gyn. Obst.*, 25, n° 1, 34 à 86, 1955.)

- ROUCHY (R.) et LE DALL (R.). — Le syndrome d'hyperlutéinisation massive de l'ovaire par l'administration de gonadotrophines. (*Rev. Franç. Gynéc. Obst.*, 54, n° 2, 135-151, 1959.)
- SEGALOFF (A.), GORDON (D.), HORWITT (B.N.) and WEED (J.C.). — Diagnostic différentiel du virilisme. (*J. of Clin. Endocr.*, 15, n° 1, 142-147, 1955.)
- SÉGUIY (J.) et SIMONNET (H.). — Recherche de signes directs d'ovulation chez la femme. (*Gynéc. et Obst.*, 28, 657-663, 1933.)
- SILBER (R.H.) et PORTER (C.C.). — The determination of 17-21-dihydroxy-20-keto-steroids in urine and plasma. (*J. Biol. Chem.*, 210, 923, 1954.)
- STAEMMLER (H.J.). — Über die gonadotropin Behandlung der ovarial insuffizienz. (*Gynaecologia*, 146, 1-30, 1958.)
- THOYER-ROZAT (J.). — La photographie au flash électronique au cours des cœlioscopies. (*Gynéc. et Obst.*, 59, n° 1, 71-73, 1960.)
- VARANGOT (J.), SEEMAN (A.), CÉDARD (L.). — Dosage fluorimétrique des œstrogènes sanguins. (*Ann. Endocrinol.*, 18, 6, 942-951, 1957.)

5° SYNDROME DE STEIN-LEVENTHAL SYNDROME ANOVULATOIRE DE L'OVAIRE POLYKYSTIQUE

- BOINET (G.), MARTY (R.) et ISIDOR (P.). — A propos de certaines dystrophies ovariennes. Etude anatomo-clinique et expérimentale de l'hyperthécose. (*Soc. Franç. Gynéc.*, 18 janvier 1960.)
- BRET (J.) et BARDIAUX (M.). — A propos du syndrome de Stein-Leventhal. (*Presse Méd.*, 63, 1561, 1955.)
- BRET (A.J.) et SÉNÈZE (J.). — Dystrophies acquises des organes génitaux. Dystrophies ovariennes. (*Encycl. Méd. Chir.*, Gynécologie, 133 A 10, 133 C 10, 133 E 10, mars 1959.)
- BRICAIRE (H.) et LEPRAT (J.). — Le virilisme post-pubertaire et son traitement. (*Entretiens de Bichat*, 1959.)
- BUXTON (C.L.) and VAN DE WIELE (R.). — Wedge resection for polycystic ovaries. A critical analysis of 40 operatives. (*New England J. Med.*, 251, 293, 1954.)
- DUBREUIL (G.). — Les follicules ovariens et les divers organites fonctionnels dérivés dans l'ovaire féminin. (*Association des Anatomistes*, Bordeaux, 30-31 mars, 1^{er} avril 1953.)
- Les glandes endocrines de l'ovaire féminin. (*Gynéc. et Obst.*, 49, n° 2, 137-154, 1950, et 49, n° 3, 282-292, 1950.)
- La « lutéinisation du stroma » n'existe pas dans l'ovaire féminin. (*Ann. d'Endocrinol.*, 9, 432-434, 1948.)

- DUBREUIL et MAYER (G.). — L'étude histologique des ovaires dits « scléro-kystiques ». (*Gynéc. Prat.*, 4, n° 3, 216-217, 1953.)
- DU TOIT (D.A.H.). — Polycystic ovaries. Menstrual disturbances and hirsutism : hyperthecosis. (Leyden, 1951, Kroese.)
- EVANS (T.), RILEY (G.). — Polycystic ovarian disease. A clinical and experimental study. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 80, n° 5, 873-888, 1960.)
- GREENBLATT (R.B.). — Cortisone in treatment of the hirsute woman. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 66, 700, 1953.)
- HAAS (R.L.), RILEY (G.M.). — Polycystic ovaries and amenorrhea. Laboratory and clinical observations. (*Obstet. and Gynec.*, 5, 657-668, 1955.)
- INGERSOLL (F.) and MC ARTHUR (J.). — Longitudinal studies of gonadotropin excretion in the Stein-Leventhal syndrome. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 77, n° 4, 795-805, 1959.)
- INGERSOLL (F.M.) and DERMOTT (W.V.). — Bilateral polykystic ovaries, Stein-Leventhal syndrome. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 60, 117, 1950.)
- LEVENTHAL (M.L.). — The Stein-Leventhal syndrom. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 76, 824, 1958.)
- MAYER (M.), HERVÉ (R.) et CAMENEN (X.). — A propos du syndrome de Stein-Leventhal. (*Rev. Franç. Gynéc. Obst.*, 51, n° 9-10, 289-311, 1956.)
- MERRIL (J.A.). — Ovarian hilus cells. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 78, n° 6, 1258-1271, 1959.)
- NETTER (A.) et MUSSET (R.). — Spanioménorrhée avec stérilité : guérison par intervention chirurgicale (syndrome dit de Stein-Leventhal ?). (*Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, 6, n° 4, 396-402, 1954.)
- NETTER (A.), HENRY (R.), THÉVENET (M.), LUMBROSO (P.) et MASCHI (M.). — La chromatographie des 17-cétostéroïdes dans 7 cas d'aménorrhée avec hyperandrogénie. (*Ann. Endocrinol.*, 15, 559, 1954.)
- NETTER (A.), LAMBERT (A.). — Comment définir le syndrome de Stein-Leventhal ? (*Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. et Obst.*, 27, 680-689, 1957.)
- NETTER (A.), LAMBERT (A.), HASKELES (M.). — Syndrome de Stein-Leventhal ; à propos de 4 cas. (*C.R. Soc. Franç. Gynéc.*, 3, 127-135, 1958.)
- PERLOFF (W.), CHANNICK (B.), HADD (H.) et NODINE (J.). — The Stein-Leventhal ovary, a manifestation of hyper-adrenocorticism. (*Fertil. and Steril.*, 9, n° 3, 247, 1958.)
- PHILIPP (E.), STANGE (H.H.). — Das polyzystische ovarium Stein-Leventhal syndrom. (*Deutsche Med. Woch.*, 79, 1519-1522, 1954.)
- PLATE (W.P.). — Résection partielle des ovaires. (*Gynéc. Pratique*, 8, n° 1, 9-12, 1957.)

- ROMAN (C.) et HEURTIN (M.). — La chirurgie de l'anovulation. (*Lyon Chirurgical*, 55, n° 3, 400-407, 1959.)
- ROUCHY (R.). — Le syndrome de Stein-Leventhal. Ses limites ou sa réalité. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, 12, n° 2, 202-206, 1960.)
- SCHNEIDER (G.T.). — « Functioning » ovarian tumors. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 79, n° 5, 921-931, 1960.)
- STANGE (H.H.). — Zur morphologie, klinik und genese der grossen graven ovarien (Stein-Leventhal Syndrom). (*Zeitschrift f. Geburt. und Gynäk.*, 148, 16-82, 1957.)
- STEIN (I.F.). — The management of bilateral polycystic ovaries. (*Fertil. and Steril.*, 6, 189-205, 1955.)
- STEIN (I.F.) and COHEN (M.R.). — Surgical treatment of bilateral polycystic ovaries, amenorrhea and sterility. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 38, 465, 1939.)
- STEIN (I.F.) and LEVENTHAL (M.L.). — Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 29, 181, 1935.)
- TCHOBRLOUTSKY (Mme). — Le syndrome de Stein-Leventhal existe-t-il ? Etude critique à propos de 22 cas de résection cunéiforme des ovaires. (*Thèse, Paris*, 1959, Bibliographie complète.)
- TRACE (R.J.), KEATY (E.C.) et MAC CALL (M.L.). — An investigation of ovarian tissue and urinary 17 Ketosteroids in patients with bilateral polycystic ovaries. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 79, n° 2, 310-315, 1960.)
- VIGNALOU (J.), JAMAIN (B.), PLOUIN (S.) et LETESSIER (A.). — Des limites du syndrome de Stein-Leventhal. Six cas d'aménorrhée et de troubles des règles, traités par résection cunéiforme des ovaires. (*Sem. Hôp. Paris*, 36, n° 1, 7-13, 1960.)

6° MENO-METRORRAGIES DE LA JEUNE FILLE

- BERNARD (I.) (Mme). — L'action œstro-progestative du 17 éthinyl 5-10 œstrénolone dans les hémorragies fonctionnelles. (*Bull. Féd. Soc. Gyn et Obst.*, 12, n° 5, 580, 1960.)
- BERNARD (I.) (Mme) et ODANO (M.) (Mme). — Action œstro-progestative du 17 éthinyl 5-10 œstrénolone dans les hémorragies fonctionnelles. (*Ann. Endocr.*, 513, 521, sept.-oct. 1960.)
- IWENICKI (J.). — Les hémorragies utérines de la puberté. (*Thèse, Paris*, 1955, n° 252.)
- JAYLE (M.F.), VEYRIN-FORRER (F.). — *C.R. Soc. Française de Gynécologie*, mai 1957.
- LAJONIE (J.). — Contribution à l'étude des méno-métrorragies fonctionnelles de l'adolescence. (*Thèse, Bordeaux*, 1954, n° 260.)

ROMAN (C.). — Les hémorragies utérines anormales de la puberté. (*Rapport aux XIX^e Assises Franç. Gyn.*, 1958.)

THOYER-ROZAT (J.). — Les hémorragies par anomalies de desquamation de l'endomètre. (*Sem. Hôp. Paris*, 24, 1-3, 1953.)

VARANGOT (J.). — Les tumeurs de la granulosa. (*Thèse*, Paris, 1937.)

7° KYSTES « FONCTIONNELS »

CHOMÉ (E.). — Dystrophies acquises des organes génitaux. Les anomalies de l'évolution du follicule et du corps jaune. (*Encycl. Méd. Chir. Gynécologie*, 135-138, 139-140, 2 - 1938.)

CLERC-VAUCHER (J.-L.). — Concomitance d'un kyste lutéinique et de grossesse tubaire. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, 9, n° 2, 131-135, 1957.)

COTTE (G.). — Kyste du corps jaune et aménorrhée. (*Gynécologie*, 35, 129, 1931.)

FINOTTI (A.). — Le emorragie di origine ovarica non gravidica con particolare riguardo alla patologia del corpo luteo. (*Riv. Ital. di Ginec.*, T. XL, n° 4, 280, 1957.)

GRANJON (A.), YANNOTTI (S.) et CÉDARD (L.). — Dosage des œstrogènes dans les liquides des kystes folliculaires. (*C.R. de la Société de Biologie*, CLII, n° 12, 1695, 20 décembre 1958.)

GRISE (R.F.) and MORTON (C.B.). — Acute abdominal symptoms from bleeding ovary : analysis of 84 proved cases. (*Surgery*, 29, 117-123, 1951.)

HALBAN (J.). — Persistance de corps jaune et pseudo-gravidité. (*Zent. f. Gyn.*, 409, 1915.)

HERVET (E.). — Les kystes folliculaires de l'ovaire. (*Sem. Hôp. Paris*, 30, n° 52-53, 3069, 1954.)

KELLER (R.). — Etude sur les kystes du corps jaune. (*Gynéc. et Obst.*, 5, 458, 1922.)

LEPAGE (E.), PETIT (P.-P.), BOESWILLWALD (M.), SCHRAMM (B.). — Kyste de l'ovaire opéré chez un nouveau-né de 13 jours. Guérison. (*Arch. Fr. de Pédiatrie*, 9, n° 9, 1952.)

MOCQUOT (P.) et MUSSET (R.). — Les hémorragies ovariennes libres ou enkystées (les hémorragies ovariennes non gravidiques). (*Gynéc. et Obst.*, 45, n° 4, 337-358, 1946.)

MONDOR (H.). — Diagnostics urgents. Abdomen. (Masson éditeur, 1947.)

PERLOFF (W.H.), SCHULTZ (J.), FARRIS (E.J.), BALIN (H.). — Some aspects of chemical nature of human ovarian follicular fluid. (*Fertility and Sterility*, 6, 11-17, 1955.)

PORTES (L.), GRANJON (A.) et BEAU (A.-M.). — Ponction des kystes de l'ovaire et kystographie. (*Gynéc. Obstet.*, 49, n° 5, 422-431, 1950.)

- ROSENTHAL (A.). — Rupture of the corpus luteum, including four cases of massive intraperitoneal hemorrhage. (*Amer. J. Obstet Gynec.*, 79, 1008-1011, 1960.)
- SÉGUY (J.). — Le syndrome d'ovulation sidérée et du follicule persistant. (*Presse Méd.*, 49, 660, 1941.)
- SÉGUY (J.) et TCHILOYAN. — Kystes non chirurgicaux de l'ovaire. (*Sem. Hôp. Paris*, 87, 546, 1952.)
- SHIPPEL (S.). — The ovarian theca cell: the hyperthecosis syndrome. (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, LXII, n° 3, 321-354, 1955.)
- VAN TONGEREN (F.C.). — Pseudo-gravidité par les kystes lutéiniques. (*Gynéc. et Obst.*, 34, 350-362, 1936.)
- ZANDER (J.). — Steroids in the human ovary. (*J. Biol. Chem.*, 232, 117-122, 1958.)
— 17 α -oxyprogesteron und Δ -4-Androsten-3, 17-dion im menschlichen ovarium. (*Klin. Wschr.*, 35, 1101, 1957.)

8° ENDOMETRIOSE

- ASCHEIM (S.), BROcq (P.), VARANGOT (J.). — A propos de la pathogénie des endométrioses. Formations endométriales dans les veines du myomètre. (*Rapport au XI^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, Lausanne, 1939.)
- BOISSEUIL (C.). — L'endométriose ovarienne. (*Thèse*, Paris, 1951, n° 75.)
- BREWER (J.I.) et MAHER (F.M.). — Conservatism in endometriosis. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 68, 549-558, 1954.)
- BROcq (P.) et VARANGOT (J.). — Les endométrioses. (*Congrès de Chirurgie*, Paris, octobre 1939.)
- CAVANAGH (W.V.). — La fertilité dans l'étiologie de l'endométriose. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 61, 539-547, 1951.)
- CHENET-DUPUY (Mme). — Dysménorrhée par endométriose. (*Thèse*, Paris, 1955, n° 250.)
- CORDIÉ (A.). — Contribution à l'étude de l'endométriose. (*Thèse*, Paris, 1954, n° 256.)
- COTTE (G.) et MATHIEU (J.). — L'endométriose ovarienne. Etude anatomo-clinique et thérapeutique. (*Gynéc. et Obst.*, 39, 81-98, 1939.)
- COTTE (G.), MATHIEU (J.) et GUILLEMIN. — 259 cas d'endométriose. (*Rev. Franç. Gynéc. Obst.*, 41, 16-23, 1946.)
- COUNSELLER (V.S.). — Surgical procedures involved in treatment of endometriosis. (*Surg. Gynec. Obstet.*, 89, 322-327, 1949.)
- CURTZ (J.). — Contribution à l'étude de l'endométriose pelvienne. Son importance en gynécologie. (*Thèse*, Paris, 1954, n° 212.)

- HOUËL (J.E.). — Endométriose. (*Encycl. Méd. Chir. Gynécologie*, 146 B 10, 3-1961.)
- HUFFMAN (J.W.). — Endométriose externe. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 62, 1243-1252, 1951.)
- HUGUIER (J.). — Un cas d'endométriose. Fait anatomo-clinique. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 9, n° 1, 9-10, 1957.)
- JAMAIN (B.), LETESSIER (A.), BONHOMME (J.) et BAILLIE (R.). — La coéloscopie gynécologique. (*Rev. de Méd.*, 1, 421-424, 10 novembre 1960.)
- KISTNER (R.W.). — The use of newer progestins in the treatment of endometriosis. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 75, 264-278, 1958.)
- LEBHERZ (T.B.), FOBES (C.D.). — Management of endometriosis with norprogesterone. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 81, 102-110, 1961.)
- MAC FARLANE (K.T.). — Rational ovarian surgery. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 80, 683-692, 1960.)
- MATHIEU (J.), VILLEDIEU (P.). — Traitement de l'endométriose par les progestatifs de synthèse (à propos d'un cas traité par le Noréthynodrel). (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 12, n° 5, 600-601, 1960.)
- MEIGS (J.V.). — Endometriosis. Etiologic role of marriage, age and parity. Conservative treatment. (*Obstet. and Gynec.*, 2, 46-53, 1953.)
- An interest in endometriosis and its consequences. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 79, 625-635, 1960.)
- MOCQUOT (P.) et HERVET (E.). — Endométriose des cornes utérines, décelée par examen au lipiodol. (*Rev. Franç. Gyn. Obst.*, 43, 253-258, 1948.)
- MOCQUOT (P.) et MUSSET (R.). — Remarques sur la physiologie pathologique des endométrioses. À propos de 3 observations d'endométriose du cul-de-sac postérieur du vagin. (*Gynec. et Obst.*, 48, 135-154, 1949.)
- MOULONGUET (P.). — Essai de traitement hormonal des endométrioses. (*Gynec. et Obst.*, 41, 187-194, 1941.)
- PELTIER (Nicole). — Les formes anatomo-cliniques de l'endométriose ovarienne. Indications thérapeutiques. (*Thèse*, Paris, 1957.)
- SCOTT (R.B.), TE LINDE (R.W.) et WHARTON (L.R.) Jr. — Nouvelles études sur l'endométriose expérimentale. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 66, n° 5, 1082-1103, 1953.)
- VIARS (S.). — Remarques sur la physiopathologie des endométrioses. (*Thèse*, Paris, 1955, n° 733.)
- ZINSOU (E.D.M.). — Contribution à l'étude de l'association fibrome utérin - endométriose. (Étude clinique, diagnostic opératoire, traitement.) (*Thèse*, Paris, 1953.)

9° RETROVERSIONS UTERINES

- DELSON (B.). — Non neoplastic ovarian cysts, their relation to spiral arteries in the human ovary. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 57, 1120, 1948.)
- DELSON (B.), LUBIN and REYNOLDS (S.R.M.). — Spiral arteries in the human ovary. (*Endocrinology*, 42, 124, 1948.)
- GRANJON (A.). — A propos des hystéropexies ligamentaires. (*Mémoire Académie de Médecine*, 1949.)
- GRANJON (A.) et DE TOURRIS (H.). — Les ligaments ronds de l'utérus humain. (Masson édit., Paris, 1961.)
- MATHIEU (J.) et MOUSSELOU (J.). — Les dysménorrhées à opérer. (*Rev. Franç. Gynéc. Obst.*, 50, n° 9-10, 284-288, 1955.)
- MERGER (R.), LÉVY (J.), MELCHIOR (J.), BARRAT (J.). — Anomalies de la statique génitale. Déviations utérines. (*Encycl. Méd. Chir. Gynécologie*, 250 A 10, 3-1960.)
- MERGER (R.), LÉVY (J.), MELCHIOR (J.). — La dystrophie ovarienne. (*Sem. Hôp. Paris*, 27, 1934-1939, 1951.)
- POULHÈS (J.) et GAUBERT (J.). — Vascularisation artérielle des gros kystes de l'ovaire. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 5, n° 2, 250, 1953.)
- La vascularisation artérielle des ovarites scléro-kystiques, étudiée par la méthode des résines vinyliques. (*Gynéc. Prat.*, 4, n° 3, 220-221, 1953.)
 - Les artères de l'ovaire normal et des ovaires scléro-kystiques. Étude par les injections de matières plastiques. (*Rapport aux Assises Françaises de Gynécologie*, Bordeaux, 25-28 mai 1953.)
- REYNOLDS (S.R.M.). — Spiral artery in the ovary of the rabbit. (*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 53, 221, 1947.)
- Distorsion of the spiral artery in the ovary associated with corpus hemorrhagicum cysts. (*Endocrinology*, 40, 388-394, 1947.)
 - La fonction ovarienne et le système vasculaire de l'ovaire. (*Congrès Intern. Jubilaire Soc. Franç. Gynéc.*, p. 71, Paris, 1951.)
- ROBERT (H.G.). — Les rétrodéviations utérines. (*Concours Médical*, 74, n° 17, 1587-1594, 1952.)
- VARANGOT (J.), GRANJON (A.), CHARTIER (M.) et LOFFREDO (V.). — Le syndrome de déchirure du ligament large. (*Presse Méd.*, 28, 1139, 1959.)
- ZIGLER (J.G.). — Diagnostic et traitement du syndrome varicocèle pelvien, ovarite scléro-kystique et rétroversion utérine. (*Acta Gyn. Obst. Hisp. Lusit.*, 1, n° 5, 303, 1951.)

10° FIBROME

- BROCQ (P.) et VARANGOT (J.). — A propos de l'hyperfolliculinisme. (*Mém. Acad. Chir.*, 293-296, 24 juin 1942.)
- CHALIER. — L'état des annexes dans les fibromyomes utérins et ses conséquences chirurgicales. (*Presse Méd.*, 9 août 1939.)
- COHEN-SOLAL. — La conservation ovarienne dans l'hystérectomie. (*Thèse*, Alger, 1938.)
- FORGUE et MASSABIAU. — L'ovaire à petits kystes. (*Rev. Gyn. Chir. Abd.*, 14, 209-305, 1910.)
- KRAUL. — Les ovaires dans le myome. (*Arch. f. Gynäk*, CXXIX, p. 256, 1927.)
- SÉGUY (J.). — Les fibromes qu'il ne faut pas opérer. (*Sem. Hôp. Paris*, 47, 1728-1732, 1960.)
- VARANGOT (J.). — Le syndrome d'hyperfolliculinisme. (*Presse Méd.*, 46, 1180-1182, 1938.)
- WITHERSPOON (J.T.). — Correspondance réciproque entre les kystes des follicules ovariens de l'hyperplasie endométriale et du fibromyome ; étiologie possible des fibromes de l'utérus. (*Surg. Gynec. Obstet.*, 56, 1026-1035, juin 1933.)

11° SALPINGO-OVARITES

- BOURG (R.). — Conséquence des hydromètres provoqués sur la fonction ovarienne. Etude expérimentale et considérations cliniques. (*Sem. Hôp. Paris*, 3486, 22 novembre 1952.)
- FUNCK-BRENTANO (P.) et ROBERT (H.). — Les inflammations péri-utérines et leurs séquelles. (1 vol., 208 p., *Encycl. Méd. Chir.* éd., Paris, 1954.)
- MAZINGARBE (A.H.). — Des interventions chirurgicales d'exérèse dans les suppurations annexielles fébriles ou fistulées. (*Thèse*, Paris, n° 209, 1941.)
- MOCQUOT (P.). — L'opération conservatrice type dans les annexites bilatérales. (*Gynec. et Obst.*, 35, n° 4, 241-250, 1937.)
- ROBERT (H.G.) et BOISSIER (P.). — Les péritonites généralisées des pyosalpinx. A propos de 43 observations. (*Gynec. et Obst.*, 58, n° 2, 138-167, 1959.)
- ROUHIER (G.). — Salpingo-ovarites et suppurations pelviennes. Maladies graves de la femme qui se sont modifiées du tout au tout depuis vingt ans, dans leur fréquence, leur évolution, leur pronostic et leur traitement. (*Sem. Hôp. Paris*, 27, n° 7, 303-314, 1951.)
- ROUVILLE (DE) et MOCQUOT. — Opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. (*Gynec. Obst. Paris*, 1927, 35° Congrès Franç. Chir.)

12° COMPLICATIONS

- BAUDRY (C.). — Etude de la conservation ovarienne. A propos de quelques cas de dégénérescence kystique. (*Thèse*, Paris, 1950.)
- LIPSCHUTZ (A.), WAGNER et TANNER. — Hypertrophie des fragments ovariens dans la castration partielle. (*C.R. Soc. Biol.*, février 1922.)
- ROMAN (C.). — Les éléments du pronostic dans la conservation ovarienne. (*Rev. Franç. Gynéc. Obst.*, 47, n° 7-8, 287-294, 1952.)

13° RESULTATS D'ENSEMBLE DES RESECTIONS OVARIENNES PARTIELLES

- DUJOVICH (A.), SAPISOCHIN (E.) et TYNJANKER (J.). — La résection cunéiforme de l'ovaire dans le traitement des altérations du cycle menstruel. (*Obst. y Gynec. Lat. Amer.*, vol. 9, octobre 1951.)
- PLATE (W.P.). — Résection partielle des ovaires. (*Gynéc. Prat.*, 8, n° 1, 9-12, 1957.)

